

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les Centres  
jeunesse : facteurs associés

Par  
Joelle Lepage

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation  
En vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
Psychoéducation

Mars 2008

© Joelle Lepage, 2008

V-724



Library and  
Archives Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Published Heritage  
Branch

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file    Votre référence*  
*ISBN: 978-0-494-37903-5*  
*Our file    Notre référence*  
*ISBN: 978-0-494-37903-5*

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

## **RÉSUMÉ**

Cette étude explore les facteurs associés aux comportements sexuels problématiques (CSP) dirigés vers soi et dirigés vers les autres. L'échantillon utilisé est composé de 187 enfants de 6 à 11 ans pris en charge par quatre Centres jeunesse du Québec (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier & Joly, 2004). Les résultats démontrent que le tempérament de l'enfant, la violence rapportée dans la famille au cours des 12 derniers mois et le fait que l'enfant ait déjà vécu une agression sexuelle sont associés aux CSP dirigés vers soi et dirigé vers les autres. De plus, la détresse psychologique des parents est associée aux CSP dirigés vers les autres, alors qu'un niveau plus élevé d'agression physique et émotionnelle dans l'enfance du parent est associé au CSP dirigés vers soi. Ces résultats appuient en partie certaines théories explicatives des CSP chez les enfants. Ils questionnent également la pertinence de distinguer les CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres.

**Mots-clés:** comportements sexuels, enfant, facteurs associés, agression sexuelle, sexualité.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les Centres  
jeunesse : facteurs associés

Joelle Lepage

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marc Tourigny

Directeur de recherche

Robert Pauzé

Autre membre du jury

Luc Touchette

Autre membre du jury

Mémoire par article accepté le \_\_\_\_\_

## SOMMAIRE

Longtemps, les comportements sexuels problématiques (CSP) des enfants et des adolescents ont été ignorés ou minimisés par les chercheurs et les cliniciens (Burton, Nesmith et Badten, 1997; Hall, Mathews et Pearce, 1998; Rasmussen, Burton et Christopherson, 1992). Or, en étudiant les adultes et les adolescents agresseurs sexuels, les chercheurs se sont aperçus que les comportements sexuels déviants apparaissaient souvent dès l'enfance (Hall *et al.* 1998; Ryan, 2000). Malgré la reconnaissance croissante de cette problématique, la littérature portant sur les CSP des enfants reste, à ce jour, peu développée (Burton *et al.* 1997; Gagnon, 2003).

Une des principales lacunes existant dans la littérature portant sur les CSP est l'absence d'une définition opérationnelle claire (Burton, 1996; Dey et Print, 1998; Gray, Busconi, Houchens et Pithers, 1997; Hall *et al.* 1998; Johnson, 1999; Larsson et Svedin, 2002; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Wasserman et Jaramillo, 1999). De plus, à ce jour, il demeure difficile de déterminer la prévalence exacte des enfants présentant des CSP puisqu'une proportion importante de ces comportements se produit à l'insu des parents ou n'est pas rapportée aux autorités (Burton, 1996; Dey et Print, 1998; Gagnon, 2003; Gray *et al.* 1997; Hall *et al.* 1998). Toutefois, d'après une étude québécoise, 11 % des jeunes signalés à la Direction de la protection de la jeunesse pour des gestes sexuels de nature agressive étaient âgés entre 8 et 11 ans (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000, dans Gagnon, 2003). De surcroît, bon nombre d'auteurs mettent en lumière le risque pour les enfants ayant des CSP de devenir agresseurs sexuels à l'adolescence ou à l'âge adulte (Bonner, Walker et Berliner, 1999; Burton, 1996; Gray *et al.* 1997). La problématique des CSP chez les enfants est donc alarmante, et ce, tant du point de vue de l'incidence que des conséquences pouvant s'y rattacher.

Afin de dresser un portrait global des connaissances actuelles portant sur les enfants ayant des comportements sexuels problématiques, nous avons réalisé

une recension d'écrits ayant pour objectif de répondre aux trois questions suivantes : 1- Quels sont les facteurs associés aux CSP des enfants âgés de moins de 12 ans? 2- Existe-t-il des typologies particulières chez les enfants qui présentent des CSP? 3- Quelles sont les limites méthodologiques de ces études? Cette recension est présentée à l'annexe C.

Les résultats démontrent que les facteurs associés à cette problématique sont nombreux et touchent plusieurs sphères de la vie des enfants. Les principaux facteurs identifiés sont une histoire de victimisation sexuelle, des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés ainsi que des problèmes familiaux et parentaux.

La multiplicité des facteurs associés à cette problématique suggère la possibilité que les enfants ayant des CSP diffèrent entre eux. Dans cette optique, quelques tentatives cliniques et scientifiques de classification de ces enfants en groupes distincts ont été réalisées (Berliner *et al.* 1986, dans Berliner et Rawlings, 1991; Bonner *et al.* 1999; Hall, Mathews et Pearce, 2002; Johnson et Feldmeth, 1993; Pither, Gray, Busconi et Houchens, 1998). De ces études se dégagent, entre autres, deux grandes catégories, soit les enfants ayant des CSP dirigés vers soi qui n'impliqueraient aucune autre personne et les enfants ayant des CSP dirigés vers les autres impliquant au moins une autre personne (Bonner *et al.* 1999 ; Hall *et al.* 2002).

Les constats relatifs aux facteurs associés et aux typologies d'enfants ayant des CSP doivent toutefois être interprétés avec prudence puisque les études s'étant attardées à la question présentent des limites méthodologiques importantes. Premièrement, un problème notable au niveau de la définition des CSP utilisée dans ces études limite la possibilité d'émettre des conclusions se rapportant à l'ensemble des CSP. Deuxièmement, les études utilisent souvent des échantillons de convenance qui sont peu représentatifs de l'ensemble des enfants ayant des CSP. Troisièmement, la plupart des études se limitent à l'utilisation de tests statistiques bivariés pour comparer les enfants ayant des CSP à d'autres enfants ou

effectuent simplement des corrélations entre certains facteurs et un score à une mesure de CSP, ce qui ne permet pas de connaître le poids relatif des variables étudiées.

Dey et Print (1998) rapportent que le manque d'information concernant les CSP des enfants amène une réponse inadéquate aux besoins de ces jeunes. Dans cette optique, nous avons réalisé une étude scientifique qui tente de surpasser certaines limites des études s'étant intéressées aux CSP des enfants en utilisant un échantillon plus représentatif d'enfants ayant des CSP, en utilisant une définition plus précise des CSP et en effectuant des tests statistiques multivariés. Puisque la notion de CSP dirigés vers soi et de CSP dirigés vers les autres est soulevée par certaines études s'étant intéressées aux typologies, cette étude vise à identifier, parmi un ensemble de facteurs personnels et environnementaux, ceux les plus fortement associés aux CSP dirigés vers soi et aux CSP dirigés vers les autres.

L'échantillon utilisé dans le cadre de cette étude est composé de 187 enfants de 6 à 11 ans provenant d'une étude plus vaste réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants (0-17 ans) pris en charge par quatre Centres jeunesse du Québec (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier et Joly, 2004). Ces enfants ont été classifiés en quatre groupes en fonction de la présence ou non de CSP, soit deux groupes cliniques (enfants ayant des CSP dirigés vers soi et enfants ayant des CSP dirigés vers les autres) et deux groupes comparatifs. Selon les analyses de régressions multiples réalisées, trois facteurs sont associés à la fois aux CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres. Ces facteurs sont : a) le tempérament de l'enfant, b) la violence rapportée dans la famille au cours des 12 derniers mois, c) le fait que l'enfant ait déjà vécu une agression sexuelle. Deux facteurs distinguent les deux types de CSP. La détresse psychologique des parents est associée aux CSP dirigés vers les autres, alors qu'un niveau plus élevé d'agression physique et émotionnelle dans l'enfance du parent est associé aux CSP dirigés vers soi. Ces résultats appuient en partie certaines théories explicatives des CSP chez les enfants. Ils questionnent également la pertinence de distinguer les CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b>	9
<b>RÉSUMÉ</b>	11
<b>INTRODUCTION</b>	13
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	18
1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	18
2. MODALITÉ DE RECRUTEMENT	19
3. MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES	19
4. VARIABLES INDÉPENDANTES	21
5. VARIABLES DÉPENDANTES	23
6. ANALYSES DE DONNÉES	26
<b>RÉSULTATS</b>	27
1. ANALYSES BIVARIÉES	27
2. ANALYSES DE RÉGRESSIONS MULTIPLES	28
<b>DISCUSSION</b>	30
1. DISCUSSION DES RÉSULTATS	30
2. LIMITES ET RECOMMANDATIONS	35
3. IMPLICATIONS CLINIQUES	36
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	38
<b>ANNEXE A</b> ITEMS DU CSBI ET DU CBCL SELON LEUR CATÉGORISATION EN COMPORTEMENTS DIRIGÉS VERS SOI OU VERS LES AUTRES	43
<b>ANNEXE B-</b> RÉSULTATS PROVENANT DES ANALYSES DE CHI-CARRÉ ET DE TEST-T	46
<b>ANNEXE C</b> RECENSION DES ÉCRITS	54
<b>ANNEXE D-</b> NORMES DE SOUMISSION	88
<b>ANNEXE E</b> PREUVE DE SOUMISSION	90



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Résultats de la stratégie d'échantillonnage des jeunes des quatre Centres jeunesse du Québec.....	20
Tableau 2	Corrélations entre les troubles de comportements intériorisés et extériorisés et les CSP chez les enfants (N=187).....	28
Tableau 3	Facteurs associés aux CSP dirigés vers soi ou vers les autres : modèle de régression logistique par blocs hiérarchiques.....	29
Tableau A1	Items du CSBI et du CBCL selon leur catégorisation en comportements dirigés vers soi ou vers les autres.....	44
Tableau B1	Caractéristiques personnelles, familiales, parentales et relatives à l'histoire de vie selon la catégorie de CSP.....	47
Tableau B2	Caractéristiques personnelles, familiales et parentales selon la présence de CSP chez l'enfant.....	50

## AVANT-PROPOS

Le présent article, intitulé «Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les Centres jeunesse : facteurs associés», s'inscrit dans le cadre du programme de maîtrise en psychoéducation de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.) de Joelle Lepage, première auteure de l'article. L'article a été écrit en collaboration avec Marc Tourigny, Ph.D., et Robert Pauzé, Ph.D., professeurs au département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke. Mireille Cyr, Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université de Montréal et Pierre McDuff, M.Sc., professionnel de recherche du département de psychologie de l'Université de Montréal agissent également à titre de co-auteurs de l'article.

La rédaction de l'article a été assurée dans son intégralité par Joelle Lepage, sous la supervision de M. Tourigny et avec relecture de l'ensemble des co-auteurs. La banque de données utilisée dans cette recherche provient de collectes de données antérieures effectuées dans le cadre des travaux de M. Pauzé et de Mme Cyr. M. Pierre McDuff a contribué de façon tangible à l'étude en tant que consultant statistique et en réalisant une partie des analyses statistiques.

Est annexé à cet article, la recension des écrits initiale effectuée par la première auteure dans le cadre de l'activité PSE 821 (Séminaire d'élaboration d'un projet de mémoire) et dans laquelle figure la méthodologie utilisée pour la recension (annexe C).

La revue ciblée pour la publication de l'article est la *Revue canadienne des sciences du comportement* où le manuscrit sera soumis à un comité de pairs. Les normes pour la soumission d'un article auprès de cette revue sont présentées à l'annexe D et la preuve de soumission est incluse à l'annexe E.

Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par des Centres  
Jeunesse québécois : facteurs associés<sup>1</sup>

Joelle Lepage

Université de Sherbrooke

Marc Tourigny<sup>2</sup>

Université de Sherbrooke

Robert Pauzé

Université de Sherbrooke

Pierre McDuff

Université de Montréal

et

Mireille Cyr

Université de Montréal

(1) Texte soumis pour publication à la *Revue canadienne des sciences du comportement*. Ce projet de recherche a bénéficié du soutien financier du Fonds pour l'Adaptation des Services en Santé (FASS) et du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS).

(2) Les demandes de tirés à part doivent être adressées à Marc Tourigny, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500 Boul. de l'Université, Sherbrooke, Québec, J1K 2R1.

### Résumé

L'objectif de cette étude est d'explorer les facteurs associés aux comportements sexuels problématiques (CSP) dirigés vers soi et vers les autres. L'échantillon de 187 enfants de 6 à 11 ans provient d'une étude plus vaste réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants pris en charge par quatre Centres jeunesse du Québec (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier & Joly, 2004). Ces enfants sont classifiés en quatre groupes selon la présence de CSP (CSP dirigés vers soi, CSP dirigés vers les autres et deux groupes comparatifs). Trois facteurs sont associés à la fois aux CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres, soit le tempérament de l'enfant, la violence rapportée dans la famille au cours des 12 derniers mois et une agression sexuelle chez l'enfant. La détresse psychologique des parents est associée aux CSP dirigés vers les autres, alors qu'un niveau plus élevé d'agression physique et émotionnelle dans l'enfance du parent est associé au CSP dirigés vers soi. Ces résultats appuient en partie certaines théories explicatives des CSP chez les enfants et questionnent la pertinence de distinguer les CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres.

Mots-clés: comportements sexuels, enfant, facteurs associés, agression sexuelle, sexualité

Abstract

The objective of this study is to explore the factors associated with sexually inappropriate behaviours (SIB) either to oneself or toward others. The sample used is composed of 187 children aged 6 to 11, which sample was part of a more substantial study, which included a representative sample of children under the care of four Centres Jeunesse du Québec (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier & Joly, 2004). These children were classified in four groups depending on the presence of a SIB (children who had SIB's toward themselves or toward others and two comparative groups). Three factors are associated to either type of SIB's: the child's temperament, the presence of violence in the family within the last 12 months, and a sexual aggression for the child. However, the psychological distress of parents is associated to SIB's toward others while a higher level of physical and emotional aggression during the parents' childhood is associated to a SIB toward oneself. These results seem to support, in part, some theories which explain SIB's in children, and question the pertinence of distinguishing between SIB's toward oneself and SIB's toward others.

Key-words: sexually inappropriate behaviors, children, sexual abuse, sexuality, risk factor

## Introduction

Longtemps, les comportements sexuels problématiques (CSP) des enfants et des adolescents ont été ignorés ou minimisés par les chercheurs et les cliniciens (Burton, Nesmith & Badten, 1997; Hall, Mathews & Pearce, 1998; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992). Or, en étudiant les adultes et les adolescents agresseurs sexuels, les chercheurs se sont aperçus que les comportements sexuels problématiques apparaissaient souvent dès l'enfance comme des indices précurseurs de comportements d'agresseurs (Hall et al., 1998; Ryan, 2000). Malgré la reconnaissance croissante de cette problématique, la littérature portant sur les CSP des enfants reste, à ce jour, peu développée (Burton et al., 1997; Gagnon, 2003).

Bien que quelques tentatives d'opérationnalisation des CSP aient été entreprises par certains chercheurs, dont Burton et al. (1997) et Ryan (2000), aucun consensus sur la définition des CSP chez les enfants n'a encore été établi (Burton, 1996; Dey & Print, 1998; Gray, Busconi, Houchens & Pithers, 1997; Hall et al., 1998; Johnson, 1999; Larsson & Svedin, 2002; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Wasserman & Jaramillo, 1999). Plusieurs chercheurs s'entendent néanmoins pour dire qu'il est difficile de tracer une ligne claire entre les comportements sexuels normaux et problématiques chez un enfant. Ceux-ci rapportent plutôt que la nature des comportements sexuels des enfants s'étend sur un continuum, passant de comportements normaux à des comportements problématiques (Bonner, Walker & Berliner, 1999; Gagnon, 2003; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998; Ryan, 2000). De plus, certains chercheurs arrivent à la conclusion que les enfants ayant des CSP peuvent se distinguer à partir d'un ensemble de critères, tels la persistance des comportements ou l'affect de l'enfant au moment de l'activité sexuelle (Araji, 1997; Pithers et al., 1998; Ryan, 2000).

À ce jour, il demeure difficile de déterminer la prévalence exacte des enfants présentant des CSP puisqu'une proportion importante de ces comportements se produit à l'insu des parents ou n'est pas rapportée aux autorités (Burton, 1996; Dey & Print, 1998;

Gagnon, 2003; Gray et al., 1997; Hall et al., 1998). Toutefois, d'après une étude québécoise, 11 % des jeunes signalés à la protection de la jeunesse pour des gestes sexuels de nature agressive étaient âgés entre 8 et 11 ans, démontrant ainsi que les signalements pour agression sexuelle par un mineur ne concernent pas uniquement des adolescents (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000, cité par Gagnon, 2003). De surcroît, bon nombre d'auteurs mettent en lumière le risque pour les enfants ayant des CSP de devenir agresseurs sexuels à l'adolescence ou à l'âge adulte (Bonner et al., 1999; Burton, 1996; Gray et al., 1997). La problématique des CSP chez les enfants est donc préoccupante, et ce, tant au point de vue de la prévalence que des conséquences pouvant s'y rattacher.

Bien que le nombre d'études s'étant attardées aux CSP des enfants est limité, certains constats sur les facteurs associés à cette problématique peuvent être soulevés. Ainsi, presque toutes les études recensées permettent d'identifier la présence d'une histoire de victimisation sexuelle chez l'enfant comme un facteur associé à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels<sup>1</sup> (Bonner et al., 1999; Burton, 1996; Burton et al., 1997; Chromy, 2003; Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg & Gaines, 1995; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 1992; Hall, Mathews & Pearce, 2002; Mian, Marton & LeBaron, 1996). Par exemple, Bonner et al. (1999) concluent que 48% des enfants en traitement pour des CSP avaient vécu une agression sexuelle. Certaines caractéristiques de ces agressions (plus grande sévérité, fréquence plus élevée, présence de coercition, relation plus significative avec l'agresseur et nombre plus élevé d'agresseurs) sont également associées à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels

---

<sup>1</sup> Plusieurs études utilisent un score au Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) (Friedrich et al., 1992) pour mesurer les CSP. Or, le CSBI ne mesure pas la présence de CSP, mais bien la fréquence de comportements sexuels, incluant les comportements sexuels normaux et problématiques. Cette limite est expliquée plus en détail ultérieurement.

(Burton, 1996; Chromy, 2003; Cosentino et al., 1995; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 1992; Hall et al., 1998). Les autres variables relatives à l'histoire de vie des enfants (abus physiques ou émotionnels et autres événements de vie) ont été relativement peu étudiées et les résultats sont mitigés.

Les auteurs se sont également intéressés aux variables personnelles des enfants. Ainsi, la majorité des études démontrent que la présence de troubles du comportement internalisés ou externalisés est fortement corrélée avec la présence de CSP ou avec une fréquence plus élevée de comportements sexuels (Bonner et al., 1999; Burton, 1996; Chromy, 2003; Cosentino et al., 1995; Drach, Wientzen & Ricci, 2001; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 1992; Hall et al., 1998, 2002; Langstrom, Grann & Lichtenstein, 2002; Meyer-Bahlburg, Dolezal & Sandberg, 2000; Meyer-Bahlburg et al., 1999). Le sexe et l'âge des enfants ont également été étudiés par plusieurs auteurs (Bonner et al., 1999; Burton, 1996; Burton et al., 1997; Chromy, 2003; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 1992; Gray et al., 1997; Hall et al., 1998, 2002; Langstrom et al., 2002; Meyer-Bahlburg et al., 2000; Meyer-Bahlburg et al., 1999). Toutefois, les résultats sont contradictoires, rendant difficile l'établissement de conclusions par rapport à ces variables, tout comme pour les autres variables personnelles (ethnicité, croyances de l'enfant, QI, capacités relationnelles et facteurs biologiques) qui ont été peu étudiées.

Les auteurs reconnaissent également l'influence des caractéristiques familiales et parentales sur la présence de CSP ou sur la fréquence de comportements sexuels (Bonner et al., 1999; Burton et al., 1997; Chromy, 2003; Friedrich et al., 2001; Gray et al., 1997; Hall et al., 1998, 2002; Meyer-Bahlburg et al., 2000; Meyer-Bahlburg et al., 1999; Mian et al., 1996). Malgré la grande variabilité des caractéristiques étudiées et certains résultats contradictoires, il semble que, de façon générale, la détresse des parents, un environnement



familial inadéquat ainsi qu'une relation parent/enfant détériorée seraient associés à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels.

Ces constats nous laissent croire que les facteurs associés à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels sont très diversifiés et touchent plusieurs sphères de la vie d'un enfant. La multiplicité de ces facteurs suggère donc la possibilité qu'il existe différents sous-groupes d'enfants présentant des CSP. Dans cette optique, quelques tentatives cliniques et scientifiques de classification de ces enfants en groupes distincts ont été réalisées (Berliner et al., 1986, cités par Berliner & Rawlings, 1991; Bonner et al., 1999; Hall et al., 2002; Johnson & Feldmeth, 1993; Pither et al., 1998). Bien que les résultats varient d'une étude à l'autre, la majorité des auteurs s'entendent pour dire que ces enfants peuvent effectivement être regroupés sur la base de certains critères. De ces études se dégagent, entre autres choses, deux grandes catégories, soit les enfants ayant des CSP dirigés vers soi qui n'impliqueraient aucune autre personne et les enfants ayant des CSP dirigés vers les autres impliquant au moins une autre personne (Bonner et al., 1999; Hall et al., 2002). Cette classification est d'ailleurs appuyée par le modèle de Rasmussen et al. (1992) dans lequel les enfants peuvent réagir de trois façons différentes à une agression sexuelle: a) en se rétablissant complètement, b) en développant des comportements autodestructeurs, c) en développant des comportements agressifs envers les autres.

Les constats relatifs aux facteurs associés et aux typologies d'enfants ayant des CSP doivent toutefois être interprétés avec prudence puisque les études s'étant attardées à la question présentent des limites méthodologiques importantes. Tout d'abord, un problème notable au niveau de la définition des CSP utilisée dans ces études peut être soulevé. En effet, la plupart des études utilisent le score total au Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) pour mesurer les CSP. Or, le CSBI ne mesure pas les CSP mais bien une fréquence de divers comportements sexuels, tant normaux que problématiques. En effectuant des corrélations

entre des facteurs et le score obtenu au CSBI, ces études déterminent les facteurs associés à la fréquence de divers comportements sexuels. D'autres études utilisent quelques items du Child Behavior Checklist (CBCL) qui représentent seulement une faible partie du spectre des CSP. Enfin, certaines études mesurent les CSP à l'aide de jugements cliniques pour lesquels les critères utilisés sont souvent peu détaillés. Une seconde limite concerne l'utilisation d'échantillons de convenance qui sont peu représentatifs de l'ensemble des enfants ayant des CSP. Par exemple, plusieurs études se limitent à un échantillon d'enfants agressés sexuellement ou à un échantillon clinique d'enfants ayant des CSP. Enfin, la plupart des études se limitent à l'utilisation de tests statistiques bivariés pour comparer les enfants ayant des CSP à d'autres enfants ou effectuent simplement des corrélations entre certains facteurs et un score à une mesure de CSP, ce qui ne permet pas de connaître le poids relatif des variables étudiées. La possibilité d'émettre des conclusions claires et généralisables est alors limitée.

Dey et Print (1998) rapportent que le manque d'information concernant les CSP des enfants, notamment l'absence d'une définition universelle, amène une réponse inadéquate aux besoins de ces jeunes. Selon ces chercheurs, les professionnels sont incertains et anxieux par rapport à la façon d'intervenir auprès de ces enfants. Par conséquent, les comportements sexuels des enfants seraient souvent minimisés, ignorés, ou punis et peu d'interventions thérapeutiques seraient entreprises. Ce constat est d'autant plus alarmant sachant que le nombre d'enfants ayant des CSP a connu dans les dernières années une augmentation importante (Bonner et al., 1999; Burton et al., 1997; Gray et al., 1997), et que, conséquemment, les demandes de service pour ces enfants ne cessent de croître (Dey & Print, 1998; Gagnon, 2003). L'accroissement des connaissances permettant de développer des programmes de traitement plus adaptés aux besoins spécifiques de ces enfants est donc primordial, d'autant plus que plusieurs chercheurs qualifient fréquemment les CSP des

enfants comme étant la séquelle la plus problématique et résistante aux traitements d'une histoire de victimisation sexuelle (Hall et al., 1998).

Dans cette optique, la présente étude tentera de surpasser certaines limites des études s'étant intéressées aux CSP des enfants en utilisant un échantillon plus représentatif d'enfants ayant des CSP à partir d'un échantillon d'enfants pris en charge par les Centres jeunesse, en utilisant une définition plus précise des CSP et en effectuant des tests statistiques multivariés. De plus, considérant que la littérature fait ressortir la possibilité que les enfants présentant des CSP diffèrent entre eux, il s'avère intéressant d'étudier les facteurs associés aux différents types d'enfants ayant des CSP. Puisque la notion de CSP dirigés vers soi et de CSP dirigés vers les autres est soulevée par certaines études s'étant intéressées aux typologies, cette étude vise à identifier, parmi un ensemble de facteurs personnels et environnementaux, ceux les plus fortement associés aux CSP dirigés vers soi et aux CSP dirigés vers les autres.

### Méthodologie

#### *Description de l'Échantillon*

L'échantillon de la présente étude se compose de 187 enfants de 6 à 11 ans provenant d'une étude plus vaste réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants (0-17 ans) pris en charge par quatre Centres jeunesse du Québec (voir Pauzé, Toupin, Déry, Mercier & Joly, 2004 pour plus de détails sur la méthodologie). Ces enfants ont été classifiés en quatre groupes en fonction de la présence ou non de CSP, soit deux groupes cliniques et deux groupes comparatifs. Le premier groupe clinique est constitué de 29 enfants ayant des CSP dirigés vers soi, dont 21 garçons et 8 filles, et ayant un âge moyen de 8.3 ans. Ces enfants seront comparés à un groupe de 158 enfants n'ayant pas de CSP dirigés vers soi, dont 92 garçons et 67 filles, et ayant un âge moyen de 8.4 ans. Le deuxième groupe clinique est composé de 28 enfants ayant des CSP dirigés vers les autres, dont 22 garçons et 6 filles, et ayant un âge moyen de 8.0 ans. Ce groupe sera comparé à un groupe de 159 enfants n'ayant

pas de CSP dirigés vers les autres, dont 91 garçons et 68 filles, et ayant un âge moyen de 8.5 ans. Il est à noter que 19 enfants ont à la fois des CSP dirigés vers soi et des CSP dirigés vers les autres.

#### *Modalité de Recrutement*

Les familles et les enfants retenus pour participer à l'étude de Pauzé et al. (2004) ont été sélectionnés aléatoirement à partir de la liste hebdomadaire de tous les nouveaux cas référés à un des quatre Centres jeunesse (Montréal, Québec, Estrie et Côte-Nord) pour une prise en charge entre le 1<sup>er</sup> octobre 1998 et le 30 septembre 1999. La prise en charge des enfants et des familles pouvait se faire indifféremment en vertu de la Loi des services de santé et des services sociaux (L4S), de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi des jeunes contrevenants (LJC). Le plan d'échantillonnage, stratifié par région, reposait alors sur l'application de 10 critères de sélection. Ces critères sont présentés en détail dans l'étude de Pauzé et al. (2004).

Le tableau 1 rapporte le résultat détaillé des contacts effectués par les interviewers à partir des listes transmises par les coordonnateurs des quatre Centres jeunesse participants et le calcul du taux de réponse.

#### *Méthode de Collecte des Données*

Le parent ou le tuteur de l'enfant ainsi que l'enfant lui-même ont été sollicités pour répondre aux questionnaires prévus dans la recherche. Le parent ou le tuteur qui était invité à répondre aux questionnaires était celui qui avait été le plus fréquemment en contact avec l'enfant au cours de la dernière année, peu importe qu'il avait la garde légale ou non de l'enfant. Ce parent ou ce tuteur était considéré dans la recherche comme le répondant principal.

Tableau 1

*Résultats de la Stratégie d'Échantillonnage des Jeunes des Quatre Centres Jeunesses du Québec*

	Montréal	Québec	Estrie	Côte-Nord	Total
Échantillon de départ	3150	1574	493	216	5433
Non sélectionnés	2248	1082	201	57	3588
Échantillon final	902	492	292	159	1845
Refus-Intervenant	81	41	4	3	129
Refus-Parent	297	141	86	51	575
Refus-Jeune	38	31	9	22	100
Non contactés	102	49	49	14	214
Abandon	17	22	2	16	57
Entrevues incomplètes	7	0	3	4	14
Entrevues complètes	360	208	139	49	756
Taux de réponse	39.9%	42.4%	48.0%	30.8%	41.1%

Les entrevues ont été réalisées en face à face au domicile du répondant principal. Le protocole d'entrevue avec le répondant principal prévoyait deux entrevues d'une durée approximative de 90 minutes chacune. Les protocoles de la première et de la deuxième entrevue avec le répondant principal comprenaient respectivement environ 11 et 18 questionnaires, dépendamment du groupe d'âge de l'enfant. Une seule entrevue était réalisée avec l'enfant et la durée de celle-ci variait selon le groupe d'âge.

*Variables Indépendantes*

Une version française du Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) de Friedrich et al. (1992), traduit par Wright, Sabourin et Lussier (1994) ainsi que trois items de l'adaptation française du Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) ont été utilisés pour définir les CSP dirigés vers soi et les CSP dirigés vers les autres. Le CSBI mesure la fréquence de 38 comportements sexuels normaux et problématiques présentés à l'annexe A. Il s'agit d'une échelle de type Likert en quatre points invitant le répondant principal à indiquer la fréquence (*jamais, moins d'une fois par mois, une à trois fois par mois et au moins une fois par semaine*) de comportements sexuels spécifiques observés chez son enfant au cours des six derniers mois. Friedrich et al. (1992) rapportent que la cohérence interne de l'instrument est de 0.82 pour un échantillon de 880 enfants recrutés dans la population normale, comparativement à 0.93 pour un échantillon clinique composé de 276 enfants agressés sexuellement recrutés tant aux États-Unis qu'au Canada.

Le CBCL (version parent pour enfants de 4 à 18 ans) comporte 113 items énonçant divers comportements problématiques, que le répondant est appelé à décrire à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points (*ne s'applique pas, quelque peu ou quelques fois vrai et vrai ou souvent vrai*). Le CBCL distingue les comportements intériorisés des comportements extériorisés et permet d'observer la présence de comportements anxieux, dépressifs, agressifs, et de retrait ainsi que de troubles de sommeil et de somatisation. De plus, trois items mesurent les comportements sexuels problématiques et sont présentés à l'annexe A. La cohérence interne de l'instrument conçu pour les enfants de 4 à 18 ans est de 0.95 pour les problèmes comportementaux et à 0.99 pour la compétence sociale, tandis que la fidélité test-retest est évaluée à respectivement 0.84 et 0.97 pour les problèmes comportementaux et la compétence sociale.

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour l'élaboration des définitions permettant de classer les enfants dans les différents groupes. Tout d'abord, les items du CSBI et du CBCL ont été catégorisés en deux groupes, soit les items mesurant des comportements sexuels dirigés vers soi et ceux mesurant des comportements sexuels dirigés vers les autres. Les comportements sexuels dirigés vers soi ont été définis comme tout comportement sexuel n'impliquant pas d'autre personne et les comportements sexuels dirigés vers autrui correspondent à tout comportement sexuel impliquant un autre acteur.

Ensuite, les items du CSBI et du CBCL mesurant des comportements sexuels normaux ont été distingués des items mesurant des CSP. Pour être identifié comme un CSP, le comportement devait se retrouver dans une des définitions de CSP présentées dans la littérature (Araji, 1997; Burton et al., 1997; Ryan, 2000), ou correspondre à un des critères suivants: le comportement dépasse largement le niveau de développement attendu en fonction de l'âge, le comportement implique l'utilisation de force ou de coercition, le comportement est commis de façon répétitive et représente davantage un pattern qu'un comportement isolé. Selon certains auteurs (Araji, 1997; Pithers et al., 1998; Ryan, 2000), ces critères permettraient de distinguer les CSP des comportements sexuels normaux. De plus, bien que les autres items ne représentent pas des CSP lorsqu'ils sont commis de façon isolée, ils peuvent devenir problématiques lorsque la fréquence ou la diversité de ces comportements augmentent. En effet, Araji (1997) rapporte qu'un des facteurs pouvant différencier les comportements sexuels normaux des CSP est la répétition de ceux-ci. De surcroît, d'après Pithers, Gray, Cunningham et Lane (1993 cités par Araji, 1997), la diversité des comportements sexuels serait également à considérer pour déterminer si un enfant doit être référé à un professionnel. Par conséquent, les critères servant à distinguer les enfants ayant des CSP des enfants n'ayant pas de CSP ont été déterminés en fonction de deux paramètres, soit la nature des comportements ou la fréquence des comportements.

Ainsi, pour être classés dans le groupe des enfants ayant des CSP dirigés vers soi, les sujets doivent répondre à un des deux critères suivants: 1) la somme des scores aux items 60, 73a et 96 du CBCL est égale ou supérieure à deux, et 2) la somme des scores aux items 1, 3, 5, 6, 8, 12, 15, 18, 20, 22, 23, 25, 30, 35, 37, 38a du CSBI est égale ou supérieure à 13 (Annexe A).

Pour être classés dans le groupe des enfants ayant des CSP dirigés vers les autres, les sujets doivent répondre à un des deux critères suivants : 1) la somme des score aux items 10, 11, 14, 16, 29, 34, 36, 38b du CSBI et de l'item 73b du CBCL est égale ou supérieure à deux, et 2) la somme des scores aux items 2, 4, 7, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26, 27, 28, 31, 32 et 33 du CSBI est égale ou supérieure à neuf (Annexe A).

Afin de s'assurer de la validité de ces critères, une deuxième étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 51 enfants ayant été référés à une thérapie de groupe pour des enfants (6-11 ans) présentant des CSP. Des analyses ont permis de montrer que lorsque nous appliquions les critères, ces derniers permettent de classer correctement 65% des enfants de l'échantillon (l'échantillon provient de l'étude de Gagnon, 2003). Pour les 35% d'enfants qui ne répondaient pas aux critères de notre définition, la principale raison était liée au fait que les CSP remontaient à plus de six mois et n'étaient donc pas identifiés lors de la passation du CSBI, puisque ce dernier mesure les comportements au cours des six derniers mois. Une autre raison a trait au fait que le CSBI ne permet pas d'identifier tous les CSP et donc certains enfants ont été référés en thérapie pour des CSP qui n'apparaissent pas dans le CSBI.

### *Variables Dépendantes*

Afin de dresser un portrait global des facteurs distinguant les enfants ayant des CSP des enfants n'ayant pas de CSP, plusieurs variables ont été considérées. Les variables ayant été incluses dans les analyses bivariées sont présentées dans cette section. À l'exception des



instruments maison, la majorité des instruments de mesure utilisés présentent de bonnes propriétés psychométriques.

Le tempérament de l'enfant a été mesuré à l'aide de l'adaptation francophone du Behavioral Style Questionnaire (BSQ) de McDevitt et Carey (1978), qui se compose de neuf sous-échelles destinées à observer les neuf aspects du style comportemental définis par Thomas, Chess, Birch, Hertzog et Korn (1963), à savoir le Degré d'Activité, la Rythmicité, le Type d'Approche, l'Adaptabilité, l'Intensité des Réactions, l'Humeur, la Persistance, la Distractibilité et le Seuil de Tolérance Sensorielle. L'étude de validation du BSQ a porté sur 350 sujets (McDevitt & Carey, 1978) et donne un coefficient de stabilité global de 0.81, variant entre 0.67 et 0.94 selon les sous-échelles.

L'Échelle de Fonctionnement Familial Général est la dernière des sept sous-échelles du Family Assessment Device (FAD) d'Epstein, Baldwin et Bishop (1983) et reflète les dimensions suivantes: la Résolution de Problèmes, la Communication, les Rôles, l'Expression Affective, l'Investissement Affectif et le Contrôle des Comportements. La version française du FAD a été obtenue par la méthode de traduction à rebours. Byles, Byrne, Boyle et Offord (1988) ont évalué les propriétés psychométriques de la sous-échelle de Fonctionnement Général du FAD dans le cadre de l'*Ontario Child Health Study*, réalisée auprès de 1869 familles. La cohérence interne est évaluée à 0.86 par l'alpha de Cronbach.

L'attitude du parent envers l'enfant est évaluée à l'aide de l'Échelle d'Attitude Parentale (EAP), version française établie par Pauzé et al. (1993) du Index of Parental Attitude (IPA), qui fait partie d'un ensemble d'instruments de mesure élaborés par Hudson (1982) et qui sert à évaluer la qualité de la relation parent-enfant. L'instrument anglais a été validé par Hudson (1982), sa cohérence interne globale est évaluée à 0.90.

Les pratiques éducatives du parent ont été mesurées à l'aide de deux sous-échelles d'une traduction du Alabama Parenting Questionnaire (APQ) élaboré par Frick (1991) pour

identifier les pratiques éducatives susceptibles d'entraîner des troubles du comportement chez les enfants. Les deux sous-échelles utilisées sont la Supervision Parentale et l'Incohérence Disciplinaire. Les propriétés psychométriques de l'instrument ont été évaluées auprès de 160 parents par Shelton, Frick et Wootton (1996). La cohérence interne est satisfaisante, les alphas variant de 0.64 à 0.80 pour la totalité des sous-échelles.

La détresse psychologique du parent a été mesurée à l'aide de la version abrégée de l'Indice de Détresse Psychologique (IDP) de Prévile, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré (1992). Cette échelle mesure différentes dimensions de la détresse psychologique (anxiété, dépression, irritabilité et problèmes cognitifs) vécue au cours des deux dernières semaines. La validité factorielle de la version abrégée est satisfaisante, puisque cette solution permet d'expliquer 65% de la variance des items retenus. Le modèle à quatre facteurs s'est révélé stable après avoir été testé auprès d'échantillons des deux sexes, de différents âges et de différentes origines linguistiques (anglais vs français). L'alpha de Cronbach indique une cohérence interne globale de 0.89, tandis que les coefficients de fidélité sont de 0.83, 0.72, 0.79 et 0.76 pour les sous-échelles de Dépression (6 items), d'Anxiété (2 items), d'Irritabilité (4 items) et de Problèmes Cognitifs (2 items) respectivement.

Les expériences familiales passées du parent ont été évaluées avec la version française du Childhood Trauma Questionnaire élaboré par Bernstein et Fink (1998). Il évalue la présence de traumatismes survenus pendant l'enfance, soit six facteurs distincts (Sentiment de Perte et Séparation, Victime de Négligence Physique, Victime d'Abus Émotionnel, Victime d'Abus Physique, Témoin de Violence, Victime d'Abus Sexuel). Il se compose de 70 items de type Likert en 5 points, allant de *jamais vrai* à *très souvent vrai*. Ces six facteurs représentent 74% de la variance des scores obtenus et correspondent précisément aux dimensions que l'échelle est censée observer. Bernstein et Fink (1998) considèrent donc que cette solution factorielle confirme la validité de construit de l'instrument. La cohérence

interne varie de 0.79 à 0.94 selon les facteurs (Bernstein et al., 1994), tandis que la fidélité inter-juges varie de 0.73 à 1.00 selon les items (Fink, Bernstein, Handelsman, Foote, & Lovejoy, 1995).

La violence au sein de la famille a été mesurée à partir d'items du Conflict Tactics Scales (CTS) de Straus (1979). Dix items ont permis de mesurer la violence verbale et physique envers l'enfant au cours des 12 derniers mois et la violence totale vécue dans la famille au cours des 12 derniers mois. Une question portait également sur les agressions sexuelles vécues par l'enfant.

Différents aspects de la santé mentale du parent ont été mesurés par la version française du Composite International Diagnostic Interview Simplified (CIDIS). Le CIDIS, qui tient compte des critères diagnostiques du DSM-III-R, est la version la plus récente du DISSA (Kovess & Fournier, 1990), lui-même une version abrégée *du* Diagnostic Interview Schedule (DIS) de Robins, Helzer et Ratcliff (1982). Il a servi à diagnostiquer différents troubles, dont la dépression majeure, la présence d'un trouble mental et les tentatives de suicide.

#### *Analyse de données*

Dans un premier temps, des analyses bivariées (test-t et chi-carré) ont été réalisées sur l'ensemble de variables afin d'identifier celles à introduire dans les analyses de régression. Dans un deuxième temps, des analyses de corrélation ont été faites pour explorer le lien entre les troubles du comportement et les CSP. Enfin, des analyses de régressions logistiques ont permis d'identifier les facteurs associés à chacun des deux groupes d'enfants présentant des CSP.

## Résultats

### *Analyses Bivariées*

Les résultats provenant des analyses de chi-carré et de test-t ont révélé un nombre important de différences significatives entre les enfants ayant des CSP dirigés vers soi ou vers les autres et les enfants n'ayant pas de CSP. Ces résultats sont présentés à l'annexe B. De façon générale, les enfants ayant des CSP dirigés vers soi ou vers les autres présentent plus de problèmes sur l'ensemble des variables. Ainsi, ces enfants ont un tempérament plus difficile, plus de problèmes de comportement, un fonctionnement familial plus détérioré, des parents ayant vécu davantage de mauvais traitements, des parents ayant des pratiques parentales moins adéquates et présentant davantage de détresse psychologique, une relation parent-enfant plus détériorée et un niveau de violence plus élevé dans la famille que les enfants qui ne présentant pas de CSP.

Puisque la littérature soulève un lien important entre les CSP et les troubles de comportement (Bonner et al., 1999; Burton, 1996; Chromy, 2003; Cosentino et al., 1995; Drach, et al., 2001; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 1992; Hall et al., 1998, 2002; Langstrom et al., 2002; Meyer-Bahlburg et al., 2000; Meyer-Bahlburg et al., 1999), une attention particulière a été portée sur cet aspect. Ainsi, des analyses de corrélation ont été effectuées et les résultats démontrent que les troubles du comportement, tant intériorisés qu'extériorisés, sont corrélés significativement aux CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres (Tableau 2). Or, étant donné la concomitance avec les CSP, cette variable n'a pas été incluse dans les analyses multivariées.

Tableau 2

*Corrélations entre les troubles de comportements intériorisés et extériorisés et les CSP chez les enfants (N=187)*

	<u>Intériorisés</u>		<u>Extériorisés</u>		<u>Total</u>	
	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>N</i>	<i>r</i>
CSP dirigés vers soi	29	.321*	29	.430*	29	.397*
CSP dirigés vers les autres	28	.288*	28	.384*	28	.368*

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

#### *Analyses de Régressions Multiples*

Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse de régression logistique et montre que quatre facteurs sont associés aux enfants ayant des CSP dirigés vers soi. Ainsi, comparés aux enfants dont les CSP sont dirigés vers les autres, ceux ayant des CSP dirigés vers soi a) ont un score plus élevé à la sous-échelle de persistance du tempérament, b) ont davantage de parents qui rapportent un niveau élevé d'agression physique et émotionnelle dans leur enfance, c) rapportent un niveau plus élevé de violence familiale au cours des 12 derniers mois, et d) sont plus susceptibles d'avoir vécu une agression sexuelle. Ces quatre facteurs permettent de classifier correctement 98% des enfants n'ayant pas de CSP dirigés vers soi et 41% des enfants ayant des CSP dirigés vers soi. Le modèle permet d'expliquer 38% de la variance.

Les résultats de l'analyse de régression logistique montrent également que cinq facteurs sont associés aux enfants ayant des CSP dirigés vers les autres. Ainsi, comparés aux autres, les enfants ayant des CSP dirigés vers les autres a) ont un score plus élevé à la sous-échelle humeur du tempérament, b) ont un score plus élevé à la sous-échelle de persistance du tempérament, c) ont des parents présentant une détresse psychologique plus élevée, d) rapportent un niveau plus élevé de violence familiale au cours des 12 derniers mois, et e) sont

Tableau 3

*Facteurs associés aux CSP dirigés vers soi ou vers les autres: modèle de régression logistique par blocs hiérarchiques*

	IC à 95%					
Variables	B	SE	Wald	Exp(B)	Bas	Haut
CSP dirigé vers soi						
Tempérament de l'enfant						
Tempérament persistance	.715**	.270	6.991	2.045	1.203	3.474
Expériences familiales passées du parent						
Agression physique et émotionnelle	.813**	.252	10.429	2.254	1.376	3.691
Violence au sein de la famille						
Violence dans la famille 12 derniers mois	.658**	.235	7.873	1.931	1.219	3.059
Histoire d'agression sexuelle	1.249*	.540	5.343	3.427	1.219	3.059
Constant	-2.643***	.366	52.250	.071		
CSP dirigés vers les autres						
Tempérament de l'enfant						
Tempérament humeur	.817*	.379	4.647	2.263	1.077	4.754
Tempérament persistance	.761**	.290	6.897	2.140	1.213	3.777
Détresse psychologique du parent	.556*	2.56	4.700	1.743	1.055	2.880
Violence au sein de la famille						
Violence dans la famille 12 derniers mois	.552*	2.49	4.899	1.737	1.065	2.832
Histoire d'agression sexuelle	1.494**	.560	7.118	4.455	1.487	13.352
Constant	-3.143***	.477	43.477	.043		

*Note.* Le degré de liberté est égal à 1 pour l'ensemble des variables. Nagelkerke  $r^2$  est égal à .379 pour les CSP dirigés vers soi et à .428 pour les CSP dirigés vers les autres.

plus susceptibles d'avoir vécu une agression sexuelle. Ces cinq facteurs permettent de classer correctement 98% des enfants n'ayant pas de CSP dirigés vers les autres et seulement 36% des enfants ayant des CSP dirigés vers les autres. Le modèle permet d'expliquer 43% de la variance.

## Discussion

### *Discussion des résultats*

Cette étude est la première à s'intéresser aux facteurs associés aux CSP auprès d'un échantillon représentatif d'enfants pris en charge par les Centres jeunesse. En effet, la majorité des études réalisées jusqu'à ce jour ont porté sur des enfants ayant été agressés sexuellement ou pris en charge pour leur CSP. Cette différence pourrait expliquer certaines divergences entre nos résultats et ceux rapportés dans la littérature.

Un premier constat important de l'étude est que les CSP représentent une problématique importante tant par l'ampleur du phénomène (un enfant sur cinq présente de tels comportements) que par la sévérité des facteurs qui y sont associés. En effet, les analyses bivariées démontrent clairement que, comparé aux enfants n'ayant pas de CSP, le profil des enfants ayant des CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres est plus détérioré sur la majorité des variables personnelles, familiales, parentales et relatives à l'histoire de vie de l'enfant. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Bonner et al. (1999) et de Chromy (2003) qui rapportent que les enfants ayant des CSP ont significativement plus de problèmes comportementaux, familiaux et psychologiques que les enfants n'ayant pas de CSP.

Un second constat important de l'étude est que les facteurs associés aux CSP dirigés vers soi et dirigés vers les autres concernent non seulement les caractéristiques de l'enfant mais également celles des parents et de la famille. Les résultats de Bonner et al. (1999), de Chromy (2003) et de Friedrich et al. (2001) auprès d'échantillons variés vont de concert avec

les résultats de notre étude en démontrant que les facteurs associés aux CSP touchent les sphères personnelles, familiales, parentales et relatives à l'histoire de vie de l'enfant.

Troisièmement, en éliminant la variable trouble de comportement des analyses de régressions multiples, il a été possible d'identifier d'autres facteurs associés à la présence de CSP. Or, il va sans dire que le lien entre les troubles de comportement et les CSP est important et requiert une attention particulière. Ainsi, les résultats des analyses de corrélation réalisées démontrent visiblement que ces deux problématiques sont fortement corrélées. Ces résultats sont soutenus par l'ensemble de la littérature (Bonner et al., 1999; Burton, 1996; Chromy, 2003; Cosentino et al., 1995; Drach et al., 2001; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 1999; Hall et al., 1998, 2002; Langstrom et al., 2002; Meyer-Bahlburg et al., 2000; Meyer-Bahlburg et al., 1999). Ce constat soulève quelques questions intéressantes, à savoir Est-ce que les CSP représentent une sous-catégorie du trouble de comportement? Est-ce que les CSP sont une spécificité des jeunes qui ont des troubles de comportement et qui ont vécu une expérience d'agression sexuelle? Friedrich et Luecke (1988, cités par Araji, 1997) effleurent ces questions en émettant l'hypothèse que l'expérience d'agression sexuelle sert principalement à donner une composante sexuelle à une agressivité déjà émergente. D'autres études portant spécifiquement sur la relation entre les troubles de comportement et les CSP doivent néanmoins être conduites pour tenter de mieux comprendre ce lien.

Quatrièmement, les résultats de cette étude démontrent que, d'une façon générale, les facteurs associés aux CSP dirigés vers soi ne diffèrent pas beaucoup des facteurs associés aux CSP dirigés vers les autres. Il y a effectivement une zone commune importante entre les deux, tout en ayant certaines distinctions. D'une part, ces résultats appuient partiellement ceux de Hall et al. (2002) qui identifient, à l'aide d'analyses de regroupement, cinq types distincts d'enfants ayant été abusés sexuellement, soit un groupe n'ayant pas de CSP, un groupe ayant des CSP dirigés vers soi et trois groupes ayant des CSP dirigés vers les autres.



De même, les résultats de la présente étude semblent également expliquer partiellement ceux de Bonner et al. (1999) pour qui il a été impossible de trouver statistiquement une typologie d'enfants ayant des CSP. Ces comparaisons doivent néanmoins être interprétées avec prudence puisque l'échantillon utilisé et les variables étudiées diffèrent grandement d'une étude à l'autre. De plus, dans la présente étude, l'absence de différences marquées entre les enfants ayant des CSP dirigés vers soi et les enfants ayant des CSP dirigés vers les autres pourrait être expliquée par le fait qu'environ 60% des enfants ayant des CSP ont à la fois des CSP dirigés vers soi et des CSP dirigés vers les autres.

Les analyses de régression font ressortir trois facteurs communs entre les CSP dirigés vers soi et les CSP dirigés vers les autres. D'abord, ces analyses démontrent que certaines composantes du tempérament sont associées aux CSP. En effet, d'une façon générale, les enfants ayant des CSP seraient moins persistants et d'humeur plus maussade. Bien qu'aucune étude n'ait jusqu'à maintenant étudié spécifiquement ce lien, ces résultats semblent aller de concert avec certains constats retrouvés dans la littérature actuelle. Ainsi, parmi les facteurs qui distinguent les comportements sexuels normaux de ceux problématiques, Araj (1997) fait ressortir la tendance des CSP à devenir obsessifs pour l'enfant. Il est donc à se demander si le caractère obsessionnel des pensées orientées vers la sexualité diminue la persistance de l'enfant dans les autres sphères de sa vie. Ensuite, selon un modèle de prévention contre la récurrence chez des adultes agresseurs sexuels, le premier signe qu'un individu est à risque de récurrence est l'apparition d'une humeur maussade (Araj, 1997).

Un autre facteur commun aux enfants ayant des CSP dirigés vers soi ou vers les autres est la présence de violence dans la famille. D'une part, ce résultat semble appuyer certaines études qui démontrent que le fait d'avoir vécu une histoire d'abus physique ou de vivre dans une famille où la violence est présente est associé à la présence de CSP (Burton, 1996; Hall et

al., 1998). D'autre part, Bonner et al. (1999) stipulent qu'il n'existe pas de lien entre ces deux variables.

Enfin, la présence d'une histoire d'agression sexuelle serait également un facteur associé aux deux types de CSP. Ces résultats rejoignent ceux de l'ensemble des études ayant étudié les CSP des enfants (Bonner et al., 1999; Burton, 1996; Burton et al., 1997; Chromy, 2003; Cosentino et al., 1995; Friedrich et al., 2001; Friedrich et al., 1992; Hall et al., 2002; Mian et al., 1996). L'agression sexuelle d'un enfant demeure donc un facteur particulièrement lié aux CSP.

Malgré la zone commune importante entre les CSP dirigés vers soi et les CSP dirigés vers les autres, les analyses font ressortir deux facteurs qui distinguent ces deux types de CSP. Ainsi, la détresse psychologique des parents est associée aux CSP dirigés vers les autres alors qu'une histoire d'agression physique et émotionnelle dans l'enfance du parent est associée aux CSP dirigés vers soi. À notre connaissance, aucune étude n'a jusqu'à maintenant exploré spécifiquement ces liens. L'ensemble des études s'entendent toutefois pour dire que certaines caractéristiques des parents sont en lien avec la présence des CSP ou la fréquence des comportements sexuels de leur enfant (Bonner et al., 1999; Burton et al., 1997; Gray et al., 1997; Hall et al., 1998, 2002; Meyer-Bahlburg et al., 2000; Mian et al., 1996).

Bien que la littérature portant sur les CSP des enfants reste à ce jour peu développée, certains modèles explicatifs de cette problématique ont été proposés et soutiennent les résultats obtenus dans la présente étude. Ainsi, la majorité des théories utilisées pour expliquer les CSP des enfants mettent en avant plan l'importance de l'agression sexuelle vécue par l'enfant (Araji, 1997). Selon ces modèles, les enfants ayant des CSP seraient en réaction à leur propre expérience d'agression sexuelle.

Certains auteurs s'entendent néanmoins pour dire que l'expérience d'agression sexuelle n'est pas suffisante pour expliquer le développement des CSP et incorporent à leur

modèle la notion d'agression physique (Araji, 1997). Par exemple, selon le modèle de Rasmussen et al. (1992), quand la colère provenant d'une agression physique ou émotionnelle est combinée à des préoccupations sexuelles provenant de l'agression sexuelle, l'enfant peut développer des CSP.

Pour sa part, Araji (1997) conclut que plusieurs des théories et approches tiennent compte à la fois des caractéristiques personnelles de l'enfant et des caractéristiques familiales ou environnementales dans l'explication du développement des CSP. Par exemple, Cunningham et MacFarlane (1991, 1996, cités par Araji, 1997) s'intéressent à quatre conditions préalables à l'agression sexuelle commise par un enfant. Premièrement, l'enfant doit avoir une motivation à abuser. Ainsi, pour un enfant qui a vécu un trauma, les comportements sexuels abusifs pourraient servir à diminuer un sentiment de vulnérabilité en donnant l'impression d'avoir du contrôle et du pouvoir sur la victime. Deuxièmement, l'enfant doit passer outre ses inhibitions internes. Cunningham et MacFarlane (cités par Araji, 1997) croient qu'un enfant réactif à une agression peut développer des pensées agressives, sexuelles et autodestructrices. De plus, selon ces auteurs, plusieurs de ces enfants proviennent de familles dans lesquelles il y a peu de modèles d'autocontrôle. Conséquemment, le développement de valeurs morales saines est limité et les enfants manquent souvent d'empathie. Troisièmement, l'enfant doit surmonter les inhibitions externes. Selon Cunningham et MacFarlane (cités par Araji, 1997), les familles des enfants ayant des CSP manquent fréquemment de frontières personnelles bien définies et de moyens de contrôle externe pour compenser le manque d'inhibition interne de l'enfant. Ainsi, la famille peut inconsciemment placer l'enfant dans des situations qui l'encouragent à agir sexuellement ou omettre de protéger adéquatement des enfants plus vulnérables à l'agression. D'après ces auteurs, cette difficulté pourrait provenir du fait que les parents des enfants ayant des CSP auraient été eux-mêmes victimes de trauma et auraient besoin d'identifier l'enfant comme

étant le patient désigné de la famille. Finalement, l'enfant doit surpasser les résistances de la victime. Cunningham et MacFarlane (cités par Araji, 1997) stipulent que les enfants ayant des CSP vont souvent choisir une victime plus vulnérable et utiliser de la coercition, de la force et des menaces.

### *Limites et Recommandations*

Malgré les forces méthodologiques déjà présentées, cette étude comporte néanmoins quelques limites qui se doivent d'être considérées dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, le devis transversal ne permet pas de déterminer l'ordre d'apparition de certains facteurs. Par exemple, se peut-il que les CSP de certains enfants aient contribué au développement de la détresse psychologique des parents ? En ce sens, il serait intéressant de reconduire une telle étude de façon longitudinale. Une seconde limite a trait au nombre limité d'enfants ayant des CSP qui conduit à l'impossibilité de faire des groupes mutuellement exclusifs d'enfants présentant des CSP dirigés vers soi ou vers les autres. Un nombre plus élevé de sujets aurait également permis de tenter d'identifier des sous-groupes d'enfants ayant des CSP à partir d'analyses «par grappe» (Bonner et al., 1999; Hall et al., 2002; Pithers et al., 1998). Une telle étude, réalisée à partir d'un échantillon représentatif d'enfants ayant des CSP et d'un grand éventail de variables provenant d'instruments standardisés, permettrait d'explorer plus en profondeur les différences pouvant exister entre les enfants ayant des CSP. Enfin, malgré les efforts déployés pour créer une définition plus spécifique et précise des enfants ayant des CSP, l'utilisation du CSBI dans l'établissement de cette définition reste problématique, car il ne tient pas compte de l'ensemble des CSP existants et ne considère pas les différents critères permettant de distinguer les CSP des comportements sexuels normaux proposés par certains auteurs (Araji, 1997; Pithers et al., 1998; Ryan, 2000). Les prochaines études s'intéressant aux CSP des enfants devraient donc utiliser un instrument plus complet, tel le Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL). Cet instrument, développé par Johnson (Gil

& Johnson, 1993, cités par Araji 1997) s'avère non seulement pertinent dans le cadre d'une recherche sur les facteurs associés mais également sur le plan clinique puisqu'il évalue a) la présence et la fréquence de comportements sexuels normaux et problématiques, b) le contexte dans lequel se trouve l'enfant et dans lequel les CSP sont émis, et c) les informations relatives à la planification de l'intervention. Cet instrument ne permet toutefois pas de classer clairement les enfants ayant des CSP.

### *Implications Cliniques*

D'un point de vue clinique et compte tenu de la prévalence chez les jeunes pris en charge par les Centres jeunesse, les résultats démontrent l'importance de dépister rapidement les enfants ayant des CSP en évaluant systématiquement ceux qui sont à risque d'en présenter, soit les enfants ayant vécu des agressions sexuelles ou de la violence familiale et ceux présentant des troubles du comportement. Du point de vue du traitement, les résultats soulèvent l'importance d'effectuer une évaluation psychosociale portant autant sur les caractéristiques de l'enfant que sur celles de ses parents et sa famille. Enfin, le traitement de ces enfants devrait impliquer les parents et être suffisamment intensif compte tenu de la sévérité des situations. Un groupe de travail sur les CSP vient de publier un document portant sur les «meilleures pratiques» en matière d'évaluations et de traitements qui appuie ces dernières recommandations (ATSA Task Force, 2006). En ce sens, il serait intéressant de développer des programmes de traitement spécifique pour les enfants ayant des CSP. Puisque certains aspects familiaux et parentaux sont associés à cette problématique, l'inclusion d'un module d'intervention développé spécifiquement pour les parents semble de mise. Ce module devrait porter sur la détresse psychologique des parents, leur histoire de maltraitance ainsi que la gestion des CSP de leurs enfants. Enfin, les résultats de cette étude suggèrent que certaines différences existent entre les enfants ayant des CSP dirigés vers soi et ceux ayant des CSP dirigés vers les autres. Par conséquent, il semble s'avérer possible d'offrir le même

programme d'intervention à tous les enfants ayant des CSP. Il serait néanmoins pertinent de développer un module portant sur les différences entre les CSP dirigés vers soi et les CSP dirigés vers les autres.

En conclusion, cette étude a permis d'approfondir davantage les connaissances portant sur les facteurs associés aux CSP des enfants pris en charge par les services sociaux. De plus, elle a démontré clairement le besoin de mieux cerner les caractéristiques de cette clientèle et de développer des interventions cliniques adaptées à ses besoins.

## Références

- Achenbach, T. M. (1991). *The Child Behavior Checklist*. Vermont: University of Vermont.
- Araji, S. K. (1997). *Sexually aggressive children: Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage publication, inc.
- ATSA Task Force (2006). *Report of the Task Force on children with sexual behavior problems*. Beaverton, Oregon: Association for the treatment of sexual abusers.
- Berliner, L., & Rawlings, L. (1991). *A treatment manual: Children with sexual behavior problems*. Washington, DC: The Office of Crime Victim Advocacy, Department of Community Development.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, L., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. (Rap. final.), Washington, DC: Administration of Children, Youth and Families, Department of Health and Human Services.
- Burton, D. L. (1996). *Cognitive factors in sexually aggressive children*. Dissertation in School of Social Work, University of Washington, DC.
- Burton, D. L., Nesmith, A. A., & Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21, 157-170.

Byles, J., Byrne, C., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1988). Ontario Child Health Study: Reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27, 97-104.

Chromy, S. J. (2003). *Indicators and predictors of sexual behavior problems in sexually abused children: Psychological, behavioral and victimization characteristics*. Dissertation in the Department of Child, Family and Community Sciences, College of Education, University of Central Florida, FL.

Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L., & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1033-1042.

Dey, C., & Print, B. (1998). Young children who exhibit sexually abusive behaviour. In A. Banister (Ed.), *From hearing to healing: Working with the aftermath of child sexual abuse 2e ed.* (pp.118-141). Harlow : Longman.

Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25 , 489-503.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.

Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1329-1335.

Frick, P. J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Unpublished instrument, University of Alabama.



Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.

Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S., & Lang, R. (1992). Child sexual behavior inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.

Gagnon, M. (2003). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude exploratoire*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal, Québec.

Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 9(4), 267-290.

Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behaviour problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045-1063.

Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behaviour problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 289-312.

Hudson, W. W. (1982). *The clinical measurement package: A field manual*. Illinois: Dorsey Press.

Johnson, T.C. (1999). *Understanding your child's sexual behavior: What's natural and healthy*. Oakland: New Harbinger Publications.

Johnson, T. C., & Feldmeth, J. R. (1993). Sexual behaviors : A continuum. In E. Gil, & T.C. Johnson (dir.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 41-52). Rockville, MD : Launch Press.

Kovess, V., & Fournier, L. (1990). The DISSA : An abridged self-administered version of the DIS. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 25, 179-186.

Langstrom, N., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children : A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 343-350.

Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' report on 3- to 6-year-old children's sexual behaviour: A comparison. *Child Abuse & Neglect*, 26 (4), 247-266.

McDevitt, S. C., & Carey, W. B. (1978). The measurement of temperament in 3-7 year old children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 19, 245-253.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., & Sandberg, D. E. (2000). The association of sexual behavior with externalizing behaviors in a community sample of prepubertal children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(1-2), 61-79.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Wasserman, G. A., & Jaramillo, B. M. (1999). Prepubertal boys' sexual behavior and behavior problems. *AIDS Education and Prevention*, 11(2), 174-186.

Mian, M., Marton, P., & LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3-5 year old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20, 731-745.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., & Joly, J. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke, Canada: Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec*. Enquête Santé Québec 1987+, cahier de recherche n°7, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Rasmussen, L. A., Burton, J., & Christopherson, B. J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1(1), 33-48.

Robins, L. N., Helzer, J. E., & Ratcliff, K. S. (1982). Validity of the Diagnostic Interview Schedule, Version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*, 12(4), 855-870.

Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48.

Shelton, K. K., Frick, P. J. & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage & the Family*, 41(1), 75-88.

Thomas, A., Chess, S., Birch, H. G., Hertzog, M. E., & Korn, S. (1963). *Behavioral individuality in early childhood*. New York University Press, New York.

Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (1994). Traduction française du «Child Sexual Behavior Inventory». Montréal, Canada : Université de Montréal.

## **ANNEXE A**

### **ITEMS DU CSBI ET DU CBCL SELON LEUR CATÉGORISATION EN COMPORTEMENTS DIRIGÉS VERS SOI OU VERS LES AUTRES**

Tableau A1

*Items du CSBI et du CBCL selon leur Catégorisation en Comportements Dirigés Vers Soi ou Vers les Autres*

#	Description de l'item
Child Sexual Behavior Inventory	
1	<b>S'habille comme les personnes du sexe opposé.</b>
2	<i>Se tient trop près des gens physiquement.</i>
3	<b>Parle de son désir d'être du sexe opposé.</b>
4	<i>Touche ses parties sexuelles en public.</i>
5	<b>Se masturbe en utilisant sa main.</b>
6	<b>Ajoute les parties sexuelles à ses dessins de personnes.</b>
7	<i>Touche ou essaie de toucher les seins de sa mère ou des autres femmes.</i>
8	<b>Se masturbe avec un objet ou un jouet (couverture, oreiller, etc.).</b>
9	<i>Touche aux parties sexuelles d'autres enfants.</i>
10	<i>Essaie d'avoir des rapports sexuels avec un autre enfant ou avec l'adulte.*</i>
11	<i>Place sa bouche sur les parties sexuelles d'un autre enfant ou d'un adulte.*</i>
12	<b>Touche ses parties sexuelles à la maison.</b>
13	<i>Touche aux parties sexuelles de l'adulte.</i>
14	<i>Touche aux parties sexuelles d'animaux.*</i>
15	<b>Émet des bruits de nature sexuelle (soupir, gémissement, respiration forte, etc.).</b>
16	<i>Demande aux autres de participer à des activités sexuelles.*</i>
17	<i>Se frotte le corps contre les autres ou contre les objets, tels les meubles.</i>
18	<b>Insère des objets dans le vagin ou l'anus.</b>
19	<i>Essaie de voir les autres nus ou en train de se déshabiller.</i>
20	<b>Fait semblant que ses poupées ou que ses toutous ont des relations sexuelles</b>
21	<i>Montre ses parties sexuelles aux adultes.</i>
22	<b>Tente de regarder des photos de personnes nues ou partiellement habillées.</b>
23	<b>Parle d'activités sexuelles.</b>
24	<i>Embrasse des adultes qu'il connaît peu.</i>

*Note.* Les items en caractère gras représentent les comportements sexuels dirigés vers soi, les items en caractère italique représentent les comportements sexuels dirigés vers les autres et le

\* représente les comportements ayant été identifiés comme toujours problématiques.

Tableau A1 (suite)

*Items du CSBI et du CBCL selon leur Catégorisation en Comportements Dirigés Vers Soi ou Vers les Autres*

#	Description de l'item
Child Sexual Behavior Inventory (suite)	
<b>25</b>	<b>Est dérangé par les signes d'affection entre adultes (baisers, étreintes).</b>
<i>26</i>	<i>Agit de façon trop amicale avec des hommes qu'il connaît peu.</i>
<i>27</i>	<i>Embrasse les enfants qu'il connaît peu.</i>
<i>28</i>	<i>Parle sur un ton séducteur (flirteur).</i>
<i>29</i>	<i>Tente de déshabiller les autres enfants contre leur gré.*</i>
<b>30</b>	<b>Veut regarder des films ou des émissions de télévision à contenu sexuel.</b>
<i>31</i>	<i>Embrasse avec la langue.</i>
<i>32</i>	<i>Serre dans ses bras les adultes qu'il connaît peu.</i>
<i>33</i>	<i>Montre ses parties sexuelles aux autres enfants.</i>
<i>34</i>	<i>Tente de déshabiller les adultes contre leur gré (ouvre la blouse, le pantalon, etc.).*</i>
<b>35</b>	<b>Est très intéressé aux personnes de sexe opposé.</b>
<i>36</i>	<i>Place sa bouche sur les seins de sa mère ou d'autres femmes.*</i>
<b>37</b>	<b>A plus de connaissances sexuelles que la majorité des enfants de son âge.</b>
<b>38a</b>	<b>Autres comportements dirigés vers soi, précisez.</b>
<i>38b</i>	<i>Autres comportements dirigés vers les autres, précisez.*</i>

## Child Behavior Check-List

- 60 Joue trop avec ses parties génitales\***
- 73a A des problèmes sexuels autres dirigés vers soi, précisez\***
- 73b A des problèmes sexuels autres dirigés vers les autres, précisez\**
- 96 Pense trop à la sexualité\***

*Noté.* Les items en caractère gras représentent les comportements sexuels dirigés vers soi, les items en caractère italique représentent les comportements sexuels dirigés vers les autres et le

\* représente les comportements ayant été identifiés comme toujours problématiques.

## **ANNEXE B**

### **RÉSULTATS PROVENANT DES ANALYSES DE CHI-CARRÉ ET DE TEST-T**

Tableau B1

*Caractéristiques Personnelles, Familiales, Parentales et Relatives à l'Histoire de Vie selon la Catégorie de CSP*

Variables	Total (N=187)	CSP dirigés vers soi		CSP dirigés vers les autres			
		Non (N=158)	Oui (N=29)	X <sup>2</sup> (df)	Non (N=159)	Oui (N=28)	X <sup>2</sup> (df)
Variables socio-démographiques							
Sexe de l'enfant							
Garçon	60.4%	58.2%	72.4%	57.2%	78.6%		
Fille	39.6%	41.8%	27.6%	42.8%	21.4%	4.533(1)*	
Santé mentale des parents (CIDIS)							
Dépression majeure dans le temps							
Aucun trouble à vie	38.7%	42.1%	20.7%	43.8%	10.7%		
Actuellement	17.1%	14.5%	31.0%	13.1%	39.3%		
Entre 1 et 6 mois	12.7%	10.5%	24.1%	11.1%	21.4%		
Plus de 6 mois	31.5%	32.9%	24.1%	32.0%	28.6%	18.264(1)***	

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001



Tableau B1 (suite)

*Caractéristiques Personnelles, Familiales, Parentales et Relatives à l'Histoire de Vie selon la Catégorie de CSP*

Variables	Total (N=187)	CSP dirigés vers soi		$\chi^2$ (df)	CSP dirigés vers les autres		$\chi^2$ (df)
		Non (N=158)	Oui (N=29)		Non (N=159)	Oui (N=28)	
Tentatives de suicide fréquentes							
Oui	16.6%	14.6%	27.6%		13.8%	32.1%	
Non	83.4%	85.4%	72.4%	3.008(1)	86.2%	67.9%	5.769(1)*
Tentative de suicide dans l'année							
Oui	8.0%	7.6%	10.3%		6.3%	17.9%	
Non	92.0%	92.4%	89.7%	.251(1)	93.7%	82.1%	4.318(1)*
Trouble mental six derniers mois							
Oui	36.4%	32.3%	58.6%		31.4%	64.3%	
Non	63.6%	67.7%	41.4%	7.348(1)**	68.6%	35.7%	11.095(1)**

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001

Tableau B1 (suite)

*Caractéristiques Personnelles, Familiales, Parentales et Relatives à l'Histoire de Vie selon la Catégorie de CSP*

Variables	Total (N=187)	CSP dirigés vers soi		CSP dirigés vers les autres	
		Non (N=158)	Oui (N=29)	Non (N=159)	Oui (N=28)
		$\chi^2$ (df)		$\chi^2$ (df)	
Violence physique 12 derniers mois					
Oui	64.0%	59.9%	86.2%	59.5%	89.3%
Non	36.0%	40.1%	13.8 %	40.5%	10.7%
			7.366(1)**		9.160(1)**
Violence verbale 12 derniers mois					
Oui	31.4%	24.4%	69.0%	24.8%	67.9%
Non	68.6%	75.6%	31.0%	75.2%	32.1%
			22.608(1)***		20.430(1)***
Agression sexuelle vécue par l'enfant					
Histoire d'agression sexuelle					
Oui	23.5%	20.9%	37.9%	20.8%	39.3%
Non	76.5%	79.1%	62.1%	79.2%	60.7%
			3.956(1)*		4.544(1)*

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001

Tableau B2

*Caractéristiques Personnelles, Familiales et Parentales selon la Présence de CSP chez l'Enfant*

Variables	CSP dirigés vers soi						CSP dirigés vers les autres							
	Non (N=158)			Oui (N=29)			Non (N=159)			Oui (N=28)				
	Moy	ET		Moy	ET	t	df	Moy	ET		Moy	ET	t	df
Tempérament de l'enfant (BSQ)														
Tempérament activité	3.94	.90		4.33	.76	-2.19*	185	3.90	.88		4.53	.74	-3.53**	185
Tempérament adaptabilité	3.19	.78		3.60	.79	-2.65**	185	3.15	.78		3.82	.65	-4.27***	185
Tempérament intensité	3.71	.78		4.46	.62	-5.38***	58.13	3.69	.96		4.61	.59	-6.73***	55.78
Tempérament humeur	3.57	.92		4.21	.56	-4.97***	59.35	3.54	.90		4.39	.49	-7.22***	64.95
Tempérament persistance	3.25	.89		3.95	.87	-3.93***	185	3.23	.85		4.05	.99	-4.55***	185
Tempérament distractibilité	3.38	.78		3.64	.68	-1.67	185	3.37	.78		3.73	.60	-2.80**	44.74
Tempérament réactivité	3.59	.77		3.97	.60	-2.98**	46.55	3.58	.75		4.04	.66	-3.03**	185

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001

Tableau B2 (suite)

*Caractéristiques Personnelles, Familiales et Parentales selon la Présence de CSP chez l'Enfant*

Variables	CSP dirigés vers soi						CSP dirigés vers les autres					
	Non (N=158)			Oui (N=29)			Non (N=159)			Oui (N=28)		
	Moy	ET		Moy	ET	t	Moy	ET		Moy	ET	t
Comportements de l'enfant (CBCL)												
Score total	52.47	28.71		93.00	24.05	-7.15***	185	53.23	29.41	90.18	24.84	-6.26***
Problèmes intériorisés	13.86	9.40		22.59	8.42	-4.67***	185	14.04	9.36	21.86	9.49	-4.07***
Somatisation	1.61	2.16		2.45	2.59	-1.86	185	1.62	2.13	2.46	2.70	-1.86
Anxiété/dépression	8.01	6.14		13.38	5.62	-4.38***	185	8.03	6.04	13.46	6.23	-4.37***
Problèmes de la pensée	1.51	1.88		4.31	2.77	-5.24***	32.93	1.54	1.93	4.21	2.74	-4.95***
Problèmes extériorisés	20.28	11.92		36.86	9.52	-7.08***	185	20.60	12.14	35.64	10.39	-6.17***
Comportements délinquants	4.28	3.66		10.45	4.06	-8.20***	185	4.52	3.96	9.32	4.20	-5.87***
Comportements agressifs	16.00	9.05		26.41	6.59	-5.91***	185	16.08	9.06	26.32	6.84	-5.70***
Retrait	4.68	3.46		7.76	2.82	-4.51***	185	4.86	3.48	6.89	3.48	-2.86**
Problèmes sociaux	4.62	2.93		7.83	2.52	-5.52***	185	4.72	3.02	7.36	2.57	-4.35***
Problèmes d'attention	7.14	4.70		12.07	4.26	-5.26***	185	7.18	4.73	12.00	4.28	-5.04***

Tableau B2 (suite)

*Caractéristiques Personnelles, Familiales et Parentales selon la Présence de CSP chez l'Enfant*

Variables	CSP dirigés vers soi						CSP dirigés vers les autres					
	Non (N=158)		Oui (N=29)		t	df	Non (N=159)		Oui (N=28)		t	df
	Moy	ET	Moy	ET			Moy	ET	Moy	ET		
Pratiques éducatives du parent (APQ)												
Manque de supervision	1.44	.44	1.58	.50	-1.50	185	1.44	.44	1.60	.50	-1.73	185
Discipline inconsistante	2.67	.71	3.01	.68	-2.37*	185	2.67	.71	3.02	.63	-2.43*	185
Attitude du parent envers l'enfant (EAP)												
Relation avec l'enfant	18.22	13.80	32.00	14.24	-4.92***	185	18.15	14.01	32.86	12.30	-5.21***	185
Déresse psychologique du parent (IDP)												
Détresse psychologique	26.76	9.23	32.48	10.14	-3.02**	183	26.39	8.98	34.75	9.91	-4.47***	183

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001

Tableau B2 (suite)

*Caractéristiques Personnelles, Familiales et Parentales selon la Présence de CSP chez l'Enfant*

Variables	CSP dirigés vers soi				CSP dirigés vers les autres							
	Non (N=158)		Oui (N=29)		Non (N=159)		Oui (N=28)					
	Moy	ET	Moy	ET	t	df	Moy	ET	Moy	ET	t	df
Expériences familiales passées du parent (CTQ)												
Abus physique et émotionnel	52.28	23.96	74.01	24.35	-4.47***	181	53.25	24.70	69.44	24.20	-3.20**	181
Négligence émotionnelle	56.01	20.00	66.51	17.22	-2.22**	181	56.34	20.16	65.10	16.96	-2.16*	181
Abus sexuel	9.56	6.20	13.83	6.66	-3.36**	181	9.74	6.24	13.04	6.95	-2.53*	181
Fonctionnement familial (FAD)												
Fonctionnement familial	1.86	.44	2.17	.54	-2.78**	182	1.90	.48	2.14	.56	-2.37*	182
Violence au sein de la famille (CTS)												
Violence dans la famille	3.85	2.86	6.86	2.76	-5.23***	183	3.86	2.89	6.93	2.55	-5.26***	183
12 dernier mois												

\* p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001

**ANNEXE C**  
**RECENSION DES ÉCRITS**

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
Département de psychoéducation

Comportements sexuels problématiques des enfants : facteurs associés et  
typologies

Travail présenté à Marc Tourigny  
dans le cadre du projet de recherche  
PSE 821

01-06-2006

Joelle Lepage 02 217 559



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	58
1. DÉFINITIONS DES CONCEPTS	58
2. AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE	62
3. RETOMBÉS CLINIQUES	63
<b>RECENSION DES ÉCRITS</b>	64
1. OBJECTIFS	64
2. MÉTHODOLOGIE	65
2.1 Identification des études	65
2.2 Critères de sélection des études	65
2.3 Extraction des résultats	65
3. RÉSULTATS	66
3.1 Limites et forces méthodologiques	66
3.2 Résultats relatifs aux facteurs associés	68
3.2.1 Variables relatives à l'histoire de vie	68
3.2.2 Variables personnelles	70
3.2.3 Variables familiales	73
3.3 Résultats relatifs aux typologies	74
4. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE	79
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	85

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Définition de comportements sexuels anormaux	59
Tableau 2	Étendue de comportements sexuels observables chez les enfants prépubères	61

## INTRODUCTION

Pendant longtemps, les comportements sexuels problématiques (CSP) des enfants et des adolescents ont été ignorés ou minimisés par les chercheurs et les cliniciens, ces comportements étant perçus soit comme des fantasmes, à l'ère de Freud, ou comme de simples comportements d'exploration (Burton, Nesmith et Badten, 1997; Hall, Mathews et Pearce, 1998; Rasmussen, Burton et Christopherson, 1992). Or, en étudiant les adultes agresseurs sexuels, les chercheurs se sont aperçus que les comportements sexuels déviants de ces agresseurs étaient déjà en place à l'adolescence. Cette découverte a fait émerger l'intérêt pour des études sur les adolescents agresseurs sexuels et a favorisé le développement de programmes de traitements spécifiques à cette clientèle. Ces nouvelles études ont ensuite fait ressortir le fait que les CSP des adolescents apparaissaient souvent dès l'enfance (Hall *et al.* 1998 ; Ryan, 2000). Malgré la reconnaissance croissante de cette problématique (Burton *et al.* 1997 ; Gagnon, 2003), la littérature portant sur les CSP des enfants reste, à ce jour, peu développée (Gagnon, 2003; Hall *et al.* 1998; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Sandberg, 2000; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Wasserman, Jaramillo, 1999; Rasmussen *et al.* 1992).

### 1. DÉFINITION DES CONCEPTS

Bien que la problématique des enfants commettant des actes sexuels inappropriés, voire agressifs, auprès d'autres enfants fait l'objet de plus en plus de recherches, aucun consensus sur la définition des CSP chez les enfants n'a encore été établi (Burton, 1996; Burton *et al.* 1997; Dey et Print, 1998 ; Gray, Busconi, Houchens, Pithers, 1997; Hall *et al.* 1998 ; Johnson et Aoki, 1993 ; Larsson et Svedin, 2002 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999). À l'image de cette absence de consensus, les termes utilisés pour désigner ces enfants divergent d'une étude à l'autre, allant de réactif sexuellement à agresseur sexuel (Bonner, Walker, et Berliner, 1999). Afin de déterminer ce qu'est un comportement sexuel problématique, les chercheurs n'ont d'autres choix que de tenter de définir les

comportements sexuels normaux des enfants. Or, cette tâche n'est pas chose simple puisque le concept de normalité découle directement du contexte social, culturel et familial de l'époque et varie en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant (Gagnon, 2003 ; Heiman, Leiblum, Esquilin et Pallitto, 1998).

Certaines tentatives d'opérationnalisation des comportements sexuels ont néanmoins été entreprises par quelques chercheurs. Ainsi, Burton *et al.* (1997) ont élaboré une définition opérationnelle des comportements sexuels normaux et problématiques des enfants (voir tableau 1) en combinant l'expérience clinique de leurs chercheurs et les standards de Friedrich, Grambsch, Broughton, Damon, Koverola, Wolfe, Hewitt et Lang (1992).

Tableau 1  
Définition de comportements sexuels anormaux

Âge	Normal	Anormal *
0-6	Toucher ses propres parties génitales Discuter des fonctions du corps Intérêt à regarder les activités de salle de bain des autres Toucher aux parties génitales d'une autre personne mais en répondant rapidement à une redirection	Embrasser les parties génitales Acte sexuel oral-génital Simulation de relations sexuelles Pénétration de la bouche, de l'anus ou des parties génitales d'une autre personne avec un doigt, un objet ou son pénis.
6-10	Montrer ses parties génitales à ses pairs Toucher ses propres parties génitales Se masturber Intérêts à regarder le corps des autres Utiliser des mots ou faire des farces à caractères sexuels	Embrasser les parties génitales Acte sexuel oral-génital Simulation de relations sexuelles Pénétration de la bouche, de l'anus ou des parties génitales d'une autre personne avec un doigt, un objet ou son pénis.
10-12	Chercher de l'information concernant la sexualité Se masturber Avec des pairs, de façon mutuelle : baiser, caresse, pénétration sexuel et/ou activité de même sexe	Activité sexuelle avec des enfants plus jeunes de 2 ans ou plus

\* Anormal pour tous les groupes d'âge : quand des menaces verbales et/ou une utilisation de la force et/ou des restrictions physiques sont utilisées pour solliciter des interactions sexuelles et/ou quand une compensation est offerte en échange d'interactions sexuelles.

Burton, D. L., Nesmith, A. A., et Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21, 157-170.

Plusieurs chercheurs s'entendent toutefois pour dire qu'il est difficile de tracer une ligne claire entre les comportements sexuels normaux et problématiques. En effet, ceux-ci rapportent que les comportements sexuels des enfants s'étendent sur un continuum, passant de normaux à problématiques (Bonner *et al.* 1999 ; Gagnon, 2003 Pithers, Gray, Busconi, et Houchens, 1998 ; Ryan, 2000). Dans cette optique, Ryan *et al.* (2000) ont développé une étendue de comportements sexuels observables chez les enfants prépubères, les classant de normal par rapport au niveau de développement de l'enfant à toujours problématique et requérant une intervention (voir tableau 2).

Or, d'après Ryan *et al.* (2000), il est impossible de tirer des conclusions par rapport à la gravité de ces comportements sans les placer dans un contexte. Ainsi, ces derniers rapportent que l'évaluation des comportements abusifs doit tenir compte de l'absence de consentement, de l'inégalité et de la présence d'une forme de coercition dans les interactions entre les deux enfants. Dans un même ordre d'idées, Pithers *et al.* (1998) rapportent qu'aucune variable unique permettant de différencier les comportements sexuels normaux des CSP n'a jusqu'à maintenant été identifiée par les chercheurs ou les cliniciens. Selon ces auteurs, les variables identifiées dans la littérature comme permettant de déterminer la différence entre ces comportements seraient a) l'âge de l'enfant, b) l'histoire de maltraitance de l'enfant, c) les différences dans le statut ou les compétences qui impliquent une inégalité par rapport au pouvoir ou à la sophistication, d) la réponse de l'enfant aux interventions et à la supervision des adultes, e) les comportements sexuels commis par l'enfant, f) l'affect de l'enfant au moment de l'activité sexuelle, g) le caractère compulsif du comportement sexuel, h) le degré de coercition utilisé pour obtenir la coopération ou la soumission de la victime. Ajari (1997), dans sa recension d'écrit portant sur la distinction entre les comportements sexuels normaux et les CSP, fait également ressortir le fait que les enfants ayant des CSP peuvent se distinguer non pas par un seul facteur mais bien par un ensemble de caractéristiques.

Tableau 2  
Étendue de comportements sexuels observables chez les enfants prépubères

<b>Normal par rapport au stade de développement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conversation sur les parties génitales ou sur la reproduction avec les pairs ou la fratrie d'âge similaire</li> <li>- Montre-moi les tiens, je te montrerai les miens avec des pairs</li> <li>- Jouer au docteur</li> <li>- Masturbation occasionnelle sans pénétration</li> <li>- Imitation de la séduction (embrasser, flirter)</li> <li>- Mots grossiers et farces à l'intérieur des normes sociales ou du groupe de pairs</li> </ul>
<b>Requérant la réponse d'un adulte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Préoccupation sur des thèmes sexuels (spécialement concernant l'agressivité sexuelle)</li> <li>-Tenté d'exposer les parties génitales d'une autre personne (tirer une jupe par le haut ou des pantalons par le bas)</li> <li>-Conversation explicite sur la sexualité avec les pairs</li> <li>-Graffitis sexuels (spécialement lorsque chronique ou ayant un impact sur d'autres personnes)</li> <li>-Taquinerie ou embarras sexuel de d'autres personnes</li> <li>-Connaissance sexuelle précoce</li> <li>-Occurrence unique d'intérêt/frottage / exposition/ obscénité/ pornographie</li> <li>-Préoccupation par rapport à la masturbation</li> <li>-Masturbation mutuelle ou de groupe *</li> <li>-Simulation d'actes sexuels avec des poupées ou des pairs en restant habillé</li> </ul>
<b>Requérant une correction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conversation sexuelle explicite avec une différence d'âge significative</li> <li>-Toucher les parties génitales d'une autre personne sans sa permission</li> <li>-Dégradation/humiliation de soi-même ou des autres avec des thèmes sexuels</li> <li>-Induire de la peur ou des menaces de force</li> <li>-Propositions/menaces sexuelles explicites, incluant des notes écrites</li> <li>-Occurrence répétitive ou chronique d'intérêt/frottage / exposition/ obscénité/ pornographie</li> <li>-Masturbation compulsive, interruption de tâche pour se masturber</li> <li>-Masturbation incluant une pénétration vaginale ou anale</li> <li>-Simulation de relations sexuelles avec des poupées, des pairs, des animaux, en restant habillé</li> </ul>
<b>Toujours problématique/ requérant une intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pénétration orale, vaginale ou anale de poupées**, d'enfants ou d'animaux</li> <li>-*** Exposition forcée des parties génitales de d'autres personnes</li> <li>-Simulation de relation sexuelle avec des pairs sans vêtement</li> <li>-Toute blessure ou saignement génital ne pouvant pas être expliqué par un accident.</li> </ul>

\* Même si la masturbation mutuelle ou en groupe n'est pas rare chez les enfants, les interactions doivent être évaluées.

\*\* Préoccupation pour les comportements effectués avec les poupées car peuvent être des pratiques à la réalisation de l'acte sur des pairs ou des enfants plus vulnérables

\*\*\* Même si le fait de restreindre un individu dans le but de baisser ses pantalons ou exposer ses seins peut arriver dans un contexte de groupe de pairs, ce comportement est clairement abusif.

Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: a decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48.

Malgré ces quelques tentatives, les études s'attardant à l'établissement d'une définition opérationnelle des comportements sexuels normaux et problématiques restent peu nombreuses. Cette insuffisance est d'autant plus importante au Québec, où aucune étude n'a été entreprise spécifiquement sur la sexualité des enfants, à l'exception de quelques-unes traitant de la problématique de la victimisation sexuelle et de la prévention de l'agression sexuelle (Gagnon, 2003).

## 2. AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

À ce jour, il demeure difficile de déterminer la prévalence exacte des enfants ayant des CSP puisqu'une proportion importante de ces comportements se produit à l'insu des parents et n'est pas rapportée aux autorités (Burton, 1996 ; Dey et Print, 1998 ; Gagnon, 2003 ; Gray *et al.* 1997 ; Hall *et al.* 1998). Toutefois, il est possible de dresser un portrait de l'ampleur du phénomène en regardant les cas qui sont officiellement reconnus par les services de protection de l'enfance. Ainsi, Gray *et al.* (1997) rapportent qu'en 1994, dans l'État du Vermont, plus de 125 enfants ont été abusés par un enfant de moins de 14 ans, dont un tiers étaient âgés de moins de 10 ans. De plus, en 1991, toujours dans l'État du Vermont, les services sociaux et de réhabilitation avaient 135 dossiers ouverts d'enfants et d'adolescents ayant une histoire de comportements sexuels abusifs. Une étude de ces dossiers a révélé que 37.8 % de ces individus étaient des enfants entre 6 et 12 ans (Gray et Pithers, 1993, dans Gray *et al.* 1997). À une échelle plus large, Pithers *et al.* (1998) rapportent qu'aux États-Unis, près de 40 % des agressions sexuelles posées à l'égard d'enfants sont commises par des jeunes de moins de 20 ans, dont 13 à 18 % seraient la responsabilité d'enfants de 6 à 12 ans. Au Québec, la prévalence d'enfants ayant des CSP semble également préoccupante. Ainsi, dans sa thèse de doctorat, Gagnon (2003) rapporte que, d'après une étude menée par la Direction de la protection de la jeunesse de Montréal portant sur l'incidence de l'agression sexuelle par des mineurs, 11 % des jeunes ayant posé des gestes sexuels de nature agressive étaient âgés entre 8 et 11 ans.

En plus d'avoir une incidence importante, les CSP des enfants sont considérés par plusieurs chercheurs comme étant la conséquence la plus alarmante d'une histoire de victimisation sexuelle (Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg et Gaines, 1995 ; Hall *et al.* 1998 ; Langstrom, Grann et Lichtenstein, 2002 ; McClellan, McCury, Ronnei, Adams, Storck, Eisner et Smith, 1997). De surcroît, bon nombre d'auteurs mettent en lumière le risque pour les enfants ayant des CSP de devenir agresseurs sexuels à l'adolescence ou à l'âge adulte (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Gray *et al.* 1997). La problématique des CSP chez les enfants est donc alarmante, et ce, tant au point de vue de l'incidence que des conséquences pouvant s'y rattacher.

### 3. RETOMBÉS CLINIQUES

Plusieurs auteurs rapportent une augmentation dramatique du nombre d'enfants ayant des CSP (Bonner *et al.* 1999 ; Burton *et al.* 1997 ; Gray *et al.* 1997). À titre d'exemple, dans l'État du Vermont, le nombre d'agressions sexuelles commises par un enfant de moins de 14 ans aurait augmenté de 300% au cours des 10 dernières années (Gray *et al.* 1997). Dey et Print (1998) soulèvent toutefois la possibilité que cet accroissement soit dû non pas à une augmentation réelle du nombre d'enfants présentant cette difficulté, mais bien à l'augmentation de la reconnaissance de cette problématique par les professionnelles et les citoyens. Peu importe la raison, les demandes de services pour ces enfants ne cessent de croître (Dey et Print, 1998). Or, les services de protection de l'enfance sont-ils en mesure de répondre aux besoins de ces enfants ? Cantwell (1988, dans Burton *et al.* 1997) dénonce l'incapacité des services sociaux de Denver de répondre à l'accroissement des dénonciations d'agressions sexuelles commises par des enfants de moins de 10 ans. Selon ses données, trois à quatre cas d'enfants ayant commis une agression sexuelle seraient rapportés chaque semaine à ces services, où peu d'évaluation et aucun traitement ne leur seraient offerts. Dans la même ligne d'idée, Dey et Print (1998) rapportent que le manque d'information concernant les CSP des enfants, notamment l'absence d'une définition universelle, amène une réponse inadéquate aux besoins de ces jeunes. Selon ces



chercheurs, les professionnels sont incertains et anxieux par rapport à la façon d'intervenir auprès de ces enfants. Par conséquent, les comportements sexuels des enfants seraient souvent minimisés, ignorés, ou punis et peu d'interventions thérapeutiques seraient entreprises. L'accroissement des connaissances concernant l'étiologie de cette problématique et l'établissement d'une définition universelle sont donc primordiaux, d'autant plus que plusieurs chercheurs qualifient fréquemment les CSP des enfants comme étant la séquelle la plus problématique et résistante aux traitements d'une histoire de victimisation sexuelle (Hall *et al.* 1998). De plus, l'étude des différents types de CSP et l'établissement d'une typologie des enfants présentant de tels comportements aideraient au développement de programmes de traitements spécifiques aux besoins de ces enfants (Burton, 1996; Friedrich, Fisher, Dittner, Acton, Berliner, Butler, Damon, Davies, Gray et Wright, 2001; Hall *et al.* 1998; Langstrom *et al.* 2002; Pithers *et al.* 1998).

Bien que la littérature portant sur les enfants ayant des comportements sexuels problématiques reste limitée, une recension des écrits est primordiale afin de dresser un portrait global des connaissances actuelles de cette problématique.

## RECENSION DES ÉCRITS

### 1. OBJECTIFS

Cette recension vise à dresser un portrait global des connaissances actuelles portant sur les enfants ayant des CSP en répondant à trois questions : 1- Quels sont les facteurs associés aux CSP des enfants âgés de moins de 12 ans ? 2- Existe-t-il des typologies particulières chez les enfants qui présentent des CSP ? 3- Quelles sont les limites méthodologiques de ces études?

## 2. MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Identification des études

Les 17 études et deux rapports cliniques de cette recension ont été identifiés à partir a) d'une recherche bibliographique auprès des principales banques de données (PsycInfo, Éric, Proquest) en utilisant les mots clés suivants : *sexual behavior problem, coercive sexual behavior, sexually inappropriate behaviors, children, child, factors associated, genetic and environmental influence, problematic masturbatory behavior* et *child sexual behavior inventory*, b) de la bibliographie de deux recensions des écrits scientifiques portant sur les typologies chez les enfants ayant des CSP (Gagnon, 2003 ; Rasmussen *et al.* 2004), c) d'une recherche sur google en utilisant comme mots clés : *children with sexual behavior problems* et *assessment and treatment*.

### 2.2 Critères de sélection des études

Pour être incluses dans cette recension, les études devaient a) être une recherche scientifique dans laquelle étaient présentes une section méthodologie, une section résultat et une section discussion ou être un rapport clinique répondant à la deuxième question de cette recension (Johnson et Aoki, 1993, Berliner et Rawlings, 1991), b) rapporter des résultats spécifiques aux enfants de moins de 12 ans, c) répondre à au moins une question étudiée dans cette recension et d) être écrite en langue française ou anglaise.

### 2.3 Extraction des résultats

Premièrement, chacune des 17 études a été résumée à l'aide d'une grille synthèse. Ensuite, les résumés ont été compilés dans cinq tableaux, dépendamment du devis de l'étude. Les résultats de la recension ont été extraits de ces cinq tableaux synthèses.

### 3. RÉSULTATS

Dans un premier temps, bien que la littérature portant sur les CSP des enfants soit encore limitée, deux types d'études permettent de répondre à la première question de cette recension. D'une part, le premier type, incluant cinq études, tente de déterminer les facteurs associés aux CSP des enfants en comparant un groupe d'enfants ayant des CSP à un groupe d'enfants n'ayant pas de CSP. Dans la présente section, ces études seront appelées études comparatives. D'autre part, le deuxième type, composé de 11 études, tente de répondre à la première question de cette recension en effectuant des corrélations entre les facteurs étudiés et un score à une mesure de CSP. Ces études seront nommées études corrélationnelles. Afin de dresser un portrait global des résultats présentés dans la littérature, ces deux types d'études seront traités ensemble lorsque leurs résultats convergent. Dans un deuxième temps, trois études empiriques et deux rapports cliniques tenteront de répondre à la deuxième question de cette recension.

#### 3.1- Limites et forces méthodologiques

Premièrement, la principale limite devant être soulignée est que les études tentant de déterminer les facteurs associés aux CSP des enfants n'ont pas une définition universelle de ces comportements. Conséquemment, des méthodes très différentes sont utilisées pour mesurer ces derniers. Ainsi, les études comparatives déterminent si l'enfant a des CSP ou non à l'aide principalement de jugements cliniques. Toutefois les critères utilisés pour classifier ces enfants sont souvent très peu détaillés. En comparant les enfants ayant des CSP à ceux qui n'en ont pas, ces études déterminent les caractéristiques distinctives du groupe d'enfants ayant des CSP par rapport à un autre groupe d'enfants ne présentant pas ces problèmes. Ensuite, la majorité des études corrélationnelles mesurent les CSP à l'aide d'un score obtenu soit au *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI) ou à l'échelle de comportements sexuels du *Child Behavior Checklist* (CBCL). Or, le CSBI ne mesure pas la présence de CSP, mais bien la fréquence de comportements sexuels, incluant les comportements sexuels normaux et

inappropriés. En effectuant des corrélations entre des facteurs et le score obtenu au CSBI, ces études déterminent donc les facteurs associés à la fréquence de comportements sexuels. Enfin, les quatre items portant sur les comportements sexuels du CBCL mesurent la présence d'un très petit éventail de CSP. Les corrélations entre des facteurs et le score obtenu à ces quatre items vont donc ressortir les facteurs associés à la présence de certains CSP très spécifiques. En somme, les facteurs rapportés par l'ensemble des études sont associés soit à la présence de CSP, soit à la fréquence de comportements sexuels.

D'autres limites méthodologiques peuvent également être rapportées par rapport à l'ensemble des études recensées. Premièrement, des cinq études comparatives, seulement deux tentent de contrôler l'appariement de leur groupe. Deuxièmement, le taux de participation n'est rapporté que par cinq études. Celui-ci se situe entre 60 et 75 %, à l'exception d'une étude, qui rapporte un taux de participation de 30 %. Troisièmement, aucune étude n'étudie les facteurs associés de façon longitudinale. Quatrièmement, la majorité des études recueillent leurs données à partir d'un seul répondant, soit l'intervenant dans trois études et le responsable ou le parent principal de l'enfant dans six études.

Certaines forces peuvent néanmoins être soulevées. Ainsi, la majorité des recherches étudient les facteurs associés à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels de façon prospective. De plus, la collecte de données de toutes les études se fait à l'aide d'instruments de mesure standardisés à l'exception de la collecte de deux études.

Les caractéristiques relatives aux échantillons peuvent également être explorées. Tout d'abord, la taille des échantillons est généralement appropriée, variant entre 60 et 2311 enfants. Ensuite, à l'intérieur des échantillons, le pourcentage des enfants qui ont une histoire d'agression sexuelle est bien documenté et varie entre 100 % et 27 %, avec une moyenne de 60.5 %. Le pourcentage de garçons à l'intérieur des échantillons est rapporté par l'ensemble des études à l'exception d'une seule et varie entre 0 % et 100 %, la moyenne étant

de 54 %. Enfin, l'âge des enfants s'étend de 0 à 12 ans, la plupart des études ayant un échantillon dont la moyenne d'âge se situe entre 5 et 10 ans.

### 3.2 Résultats relatifs aux facteurs associés

#### 3.2.1 Variables relatives à l'histoire de vie

La présence d'une histoire de victimisation sexuelle est un des facteurs les plus étudiés dans les études recensées (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Burton *et al.* 1997 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Drach, Wientzen et Ricci, 2001 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Hall, Mathews et Pearce, 2002 ; Mian, Marton et LeBaron, 1996). Toutes les études sauf une (Drach *et al.* 2001) démontrent que la présence de ce facteur est associée à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels. De plus, six études ont étudié l'influence des caractéristiques des agressions sexuelles vécues sur la présence de CSP ou sur la fréquence de comportements sexuels (Burton, 1996 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Hall *et al.* 1998). Ainsi, la sévérité de l'agression sexuelle vécue (pénétration ou non) constitue la caractéristique la plus étudiée. Quatre des cinq études s'y étant attardées rapportent qu'une plus grande sévérité est associée à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels (Burton, 1996 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001).

Une fréquence plus élevée des agressions sexuelles vécues et la présence de coercition pendant l'abus seraient également liées à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels selon deux études sur trois (Chromy, 2003 ; Hall *et al.* 1998, Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001). De plus, deux études rapportent qu'une relation plus significative avec l'agresseur et un nombre plus élevé d'agresseurs sont également en lien avec la présence de CSP ou une plus grande fréquence de comportements sexuels (Cosentino *et al.* 1995 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001). D'autre part, selon les résultats de trois études sur quatre, la durée de l'abus n'est pas associée à la présence de CSP

ou à la fréquence de comportements sexuels (Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001). L'âge de l'agresseur ainsi que le nombre de mois depuis le dernier abus ne seraient également pas liés à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels (Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001). Finalement, Hall *et al.* (1998) rapportent que la stimulation de l'enfant durant l'expérience d'abus, les soins apportés à l'enfant par l'agresseur, la demande de l'agresseur pour que l'enfant le regarde durant ses gestes sexuels, la demande de l'agresseur pour que l'enfant s'implique activement dans l'abus, et la personne que l'enfant tient responsable pour l'abus (agresseur, lui-même ou ambivalence) sont d'autres facteurs liés à la présence ou à la nature des CSP chez les enfants.

La présence d'une histoire d'abus physiques ou émotionnels comme facteur associé aux CSP a été très peu étudiée (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Hall *et al.* 1998). Toutes les études s'étant attardées à ce facteur sont des études comparatives. Les résultats rapportés par celles-ci sont mitigés. En effet, Hall *et al.* (1998) ainsi que Burton (1996) rapportent que le fait d'avoir vécu une histoire d'abus physique est associé à la présence de CSP, tandis que Bonner *et al.* (1999) stipulent qu'il n'existe pas de lien entre ces deux variables. Hall *et al.* (1998) démontrent également un lien entre une histoire d'abus émotionnel et la présence de CSP alors que Bonner *et al.* (1999) rapportent que ce lien n'existe pas.

Finalement, la présence d'événements de vie particuliers chez les enfants ayant des CSP ont également été peu étudiés (Bonner *et al.* 1999 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001). Toutefois, tous s'entendent pour dire que certains événements de vie influencent la présence de CSP ou la fréquence de comportements sexuels. Ainsi, selon Bonner *et al.* (1999), le fait d'avoir été témoin d'actes sexuels entre deux personnes et le fait d'avoir vécu le divorce de ses parents influencent la présence de CSP. Dans le même ordre d'idées, Friedrich *et al.* (1992, 2001) démontrent que l'intensité des événements de vie d'un enfant (nombre d'événements divisé par l'âge de l'enfant) est corrélée significativement avec la fréquence de ses comportements sexuels.

### 3.2.2 Variables personnelles

Le facteur ayant été le plus souvent étudié comme facteur associé à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels est la présence d'autres troubles comportementaux (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Drach *et al.* 2001 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Hall *et al.* 1998, 2002 ; Langstrom *et al.* 2002 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000). Huit études ayant étudié les troubles de comportements de façon globale montrent que ceux-ci sont associés à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Hall *et al.* 2002 ; Langstrom *et al.* 2002 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000). De façon plus spécifique, les troubles de comportements intériorisés ont été étudiés par onze études (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Drach *et al.* 2001 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Hall *et al.* 1998 ; Langstrom *et al.* 2002 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000), dont huit rapportent qu'il y a un lien entre la présence de ces derniers et la présence de CSP ou d'une fréquence plus élevée de comportements sexuels (Bonner *et al.* 1999 ; Drach *et al.* 2001 ; Hall *et al.* 1998 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Langstrom *et al.* 2002 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000). Les troubles de comportements extériorisés ont quant à eux été étudiés par dix études (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Drach *et al.* 2001 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Langstrom *et al.* 2002 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000) dont une seule ne rapporte pas de lien entre la présence de ceux-ci et la présence de CSP ou d'une fréquence plus élevée de comportements sexuels (Chromy, 2003).

L'âge des enfants comme facteur associé à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels a également été grandement étudié (Bonner *et al.* 1999 ; Burton 1996 ; Burton *et al.* 1997 ; Chromy, 2003 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Gray *et al.* 1997 ; Hall *et al.* 1998, 2002 ; Langstrom *et al.*

2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000). Toutefois, les résultats sont mitigés. Premièrement, cinq études démontrent que l'âge des enfants n'est pas associé à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels (Burton, 1996; Hall *et al.* 1998, 2002; Langstrom *et al.* 2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000). Ensuite, trois études rapportent que les enfants plus jeunes ont plus de CSP ou ont une plus grande fréquence de comportements sexuels que les enfants plus âgés (Bonner *et al.* 1999; Chromy, 2003; Gray *et al.* 1997). Dans le même ordre d'idées, Burton *et al.* (1997) stipulent que les enfants de moins de 6 ans diffèrent des enfants de plus de 6 ans en trois points : a) ils sont plus jeunes lors de la découverte de leurs CSP, b) ils ont moins de victimes, c) ils ont plus de risques de percevoir leurs CSP comme étant normaux. Finalement, Friedrich *et al.* (1992, 2002) rapportent un lien entre l'âge de l'enfant et la fréquence des comportements sexuels, mais ne spécifient pas la direction de ce lien.

Les chercheurs ayant étudié le sexe de l'enfant comme facteur associé à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels (Bonner *et al.* 1999; Burton *et al.* 1997; Chromy, 2003; Friedrich *et al.* 2001; Gray *et al.* 1997; Hall *et al.* 1998, 2002; Langstrom *et al.* 2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000) présentent également des résultats contradictoires. Ainsi, cinq études ne rapportent pas de lien entre le sexe de l'enfant et la présence de CSP ou la fréquence de comportements sexuels (Chromy, 2003; Friedrich *et al.* 2001; Gray *et al.* 1997; Hall *et al.* 1998, 2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000), deux études rapportent que les garçons ont davantage de CSP que les filles (Bonner *et al.* 1999; Langstrom *et al.* 2002) et une étude rapporte que les filles sont plus jeunes lors de leur première agression que les garçons (Burton *et al.* 1997).

Quelques autres variables personnelles ont également été étudiées dans la littérature portant sur les CSP des enfants. Ainsi, Bonner *et al.* (1999) rapportent un lien entre l'ethnicité et la présence de comportements sexuels problématique alors que les études de Chromy (2003), de Meyer-Bahlburg *et al.* (1999) et de Meyer-Bahlburg *et al.* (2000) ne rapportent pas de lien entre ces deux variables.



Trois études se sont intéressées aux croyances des enfants ayant des CSP (Bonner *et al.* 1999; Burton, 1996; Burton *et al.* 1997). Ainsi, Bonner *et al.* (1999) rapportent que les enfants ayant des CSP ont un score plus élevé à l'échelle « problème de la pensée » du CBCL que les enfants n'ayant pas de CSP. Burton (1996) démontre pour sa part que les enfants étant agressifs sexuellement ont légèrement plus (5%) de distorsions cognitives concernant le toucher que la norme de l'instrument ayant servi à mesurer ces distorsions (Children's Knowledge of Abuse Questionnaire CKAQ). Enfin, Burton *et al.* (1997) rapportent que les enfants croyant que leurs CSP sont normaux sont plus jeunes lors de la découverte de leurs CSP et ont un plus grand éventail de ces comportements.

Ensuite, deux études comparatives ont étudié le QI de l'enfant et ne rapportent pas de lien entre cette variable et la présence de CSP (Bonner *et al.* 1999; Burton, 1996).

Les capacités relationnelles de l'enfant ont également fait l'objet de trois études comparatives (Bonner *et al.* 1999; Burton, 1996; Hall *et al.* 1998), dont deux démontrent un lien entre celles-ci et la présence de CSP. En effet, Bonner *et al.* (1999) rapportent que les enfants ayant des CSP ont un score plus bas à l'échelle de compétence sociale du CBCL que les enfants n'ayant pas de CSP. Dans le même ordre d'idées, Hall *et al.* (1998) démontrent que les enfants ayant des CSP ont plus de difficulté à définir adéquatement leurs frontières et ont moins d'empathie que les enfants n'ayant pas de CSP.

Enfin, deux études ont exploré la relation entre les facteurs biologiques des enfants et la présence de CSP (Hall *et al.* 2002; Langstrom *et al.* 2002). Ainsi, Hall *et al.* (2002) rapportent que les facteurs biologiques ne sont pas en lien avec la présence de CSP. À l'opposé, Langstrom *et al.* (2002) démontrent que la contribution relative de la génétique par rapport à la présence de comportements masturbatoires problématiques est de 77 %.

### 3.2.3 Variables familiales

Les caractéristiques des parents ont grandement été explorées dans la littérature portant sur les CSP des enfants. Ainsi, toutes les études sauf une (Meyer-Bahlburg *et al.* 1999) s'entendent pour dire que certaines caractéristiques des parents sont en lien avec la présence des CSP ou la fréquence des comportements sexuels de leur enfant (Bonner *et al.* 1999; Burton *et al.* 1997; Gray *et al.* 1997; Hall *et al.* 1998, 2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000; Mian *et al.* 1996). Tout d'abord, Bonner *et al.* (1999) rapportent que les parents d'enfants ayant des CSP ont plus de stress par rapport à leur rôle parental, ont plus souvent été eux-mêmes victimes d'agressions sexuelles, ont reçu plus d'interventions d'un professionnel de la santé mentale, ont reçu plus de traitements pour toxicomanie et font davantage usage de drogue au moment de l'évaluation que les parents d'enfants n'ayant pas de CSP. Ensuite, Hall *et al.* (1998, 2002) démontrent que l'histoire et le fonctionnement du répondant, plus spécifiquement un stress chronique ou un syndrome de stress post-traumatique, une difficulté à établir des frontières adéquates par rapport à l'enfant et une histoire de négligence physique, influencent la présence de CSP chez leur enfant. Burton *et al.* (1997) stipulent pour leur part que la dépendance aux substances chimiques des parents corrèle positivement avec le nombre de victimes des comportements sexuels de leur enfant. Meyer-Bahlburg *et al.* (2000) se sont également attardés aux caractéristiques des parents en démontrant que le niveau d'éducation des parents est associé avec la présence de comportements sexuels problématiques chez les garçons. Cette association n'était toutefois pas présente chez les filles. Gray *et al.* (1997) rapportent quant à eux que le pourcentage d'arrêt criminel chez les parents d'enfants ayant des CSP est plus élevé que celui de la population générale du Vermont. Enfin, Mian *et al.* (1996) démontrent que la fréquence des comportements sexuels des filles peut être prédite par un abus d'alcool du père, un faible niveau d'éducation de la mère et une histoire d'agression sexuelle chez la mère. D'un autre point de vue, Meyer-Bahlburg *et al.* (1999) stipulent que le statut occupationnel de la mère n'est pas en lien avec la présence de CSP de son enfant.

Les variables familiales ont également été étudiées comme facteur associé à la présence de CSP ou à la fréquence des comportements sexuels des enfants (Bonner *et al.* 1999; Burton *et al.* 1997; Chromy, 2003; Friedrich *et al.* 2001; Hall *et al.* 2002; Mian *et al.* 1996). D'une part, un manque de cohésion tel que rapporté par l'enfant (Bonner *et al.* 1999), un environnement familial plus sexualisé (Hall *et al.* 2002), le type de famille (Burton *et al.* 1997), le nombre de membres de la famille ayant été sexuellement abusés (Burton *et al.* 1997), et le revenu familial (Burton *et al.* 1997; Friedrich *et al.* 2001) sont rapportés par ces études comme étant en lien avec la présence de CSP ou avec la fréquence des comportements sexuels des enfants. D'autre part, le fonctionnement familial (Hall *et al.* 2002), le revenu familial (Chromy, 2003; Mian *et al.* 1996), la qualité de la relation maritale (Mian *et al.* 1996), la fréquence à laquelle l'enfant dort avec ses parents (Mian *et al.* 1996) ne corréleront pas, selon ces auteurs, avec la présence de CSP ou avec la fréquence des comportements sexuels des enfants.

Enfin, la relation parent-enfant a très peu été étudiée comme facteur associé à la présence des CSP ou la fréquence des comportements sexuels des enfants (Bonner *et al.* 1999; Hall *et al.* 1998, 2002). Or, les deux études s'étant attardées à ce lien rapportent que les enfants ayant des CSP ont une relation parent-enfant plus détériorée que les enfants n'ayant pas de CSP.

Bref, un grand éventail de variables familiales semble influencer la présence de CSP ou la fréquence de comportements sexuels. Ainsi, de façon générale, la détresse des parents, un environnement familial inadéquat ainsi qu'une relation parent/enfant détériorée seraient associés à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels.

### **3.3- Résultats relatifs aux typologies**

À ce jour, seulement trois études et deux rapports cliniques ont tenté de développer une typologie des enfants ayant des CSP (Berliner, Manaois et Mnastersky, 1986 dans Berliner et Rawlings, 1991; Bonner *et al.* 1999; Hall *et al.*

2002; Johnson et Feldmeth, 1993; Pither *et al.* 1998). La première tentative de classification a été réalisée par Berliner, Manaois et Mnastersky (1986, dans Berliner et Rawlings, 1991). À partir de leurs observations cliniques, ces auteurs proposent un système de classification à trois niveaux pour les CSP des enfants, soit les comportements sexuels coercitifs, précoces et inappropriés. Les comportements sexuels coercitifs réfèrent à des actes sexuels incluant d'autres personnes lorsque l'utilisation de la force ou de menaces est présente, ou lorsque la différence dans le niveau de développement ou dans la grandeur est significative. Les comportements sexuels précoces impliquent des relations sexuelles entre deux pré-adolescents, où il n'y a aucune évidence d'utilisation de force ou de coercition. Enfin, les comportements sexuels inappropriés incluent la masturbation persistante et/ou publique, les préoccupations ou les intérêts sexuels excessifs, et les comportements ou les jeux à caractère sexuel. Selon ces auteurs, les comportements sexuels coercitifs sont perçus comme requérant une intervention intensive immédiate. Les comportements sexuels précoces devraient susciter une préoccupation et minimalement faire l'objet d'une évaluation. L'intervention concernant les comportements sexuels inappropriés devrait dépendre de la fréquence et de la persistance de ces comportements.

Quelques années plus tard, Johnson et Feldmeth (1993) tentent, eux aussi, de développer une typologie d'enfants ayant des CSP. Ainsi, à partir d'une évaluation effectuée sur des enfants de 12 ans et moins ayant été référés en raison de leurs comportements sexuels et de leurs familles, ces auteurs font ressortir quatre groupes distincts, reflétant l'étendue de la sévérité des CSP. Le premier groupe comprend les enfants qui s'engagent dans une exploration sexuelle normale. Leur intérêt sexuel est balancé par rapport à leur curiosité générale accordée aux autres aspects de leur vie. Lorsque ces enfants sont découverts dans leur jeu sexuel et qu'une demande d'arrêt est émise, leurs comportements sexuels diminuent ou arrêtent complètement. Ces comportements peuvent néanmoins réapparaître à un stade de développement ultérieur. Ensuite, plusieurs enfants constituant le deuxième groupe (réactif sexuellement) ont été agressés sexuellement ou surexposés à des stimuli sexuels. Ces enfants développent des

CSP qui traduisent la confusion, la colère, la honte ou l'anxiété qu'ils ressentent par rapport à cette expérience. Leurs CSP pourraient représenter une tentative inconsciente d'alerter les adultes de leur expérience d'agression. Le troisième groupe (comportements sexuels mutuels variés) est constitué d'enfants qui ont des patterns de comportements sexuels plus dominants et focalisés et qui participent à une étendue complète d'actes sexuels adultes. Une caractéristique distinguant ces enfants est le fait que ceux-ci utilisent souvent la sexualité comme moyen d'entrer en relation avec leurs pairs. Ces enfants sont souvent victimes d'agressions physiques ou sexuelles. Enfin, les enfants composant le quatrième groupe (enfant agresseur sexuel) ont des comportements sexuels dominants ou coercitifs, qui excèdent largement l'exploration sexuelle ou les jeux sexuels normaux par rapport aux stades de développement de l'enfant. De plus, leurs CSP ont tendance à augmenter avec le temps. Les enfants de ce groupe associent souvent les comportements sexuels agressifs avec des sentiments de colère, de solitude ou de peur. Lorsque ces enfants ne sont pas eux-mêmes agressés, ils vivent dans un environnement familial marqué par la stimulation sexuelle, l'absence de frontière claire, et la violence physique.

Pither *et al.* (1998) ont, pour leur part, été les premiers à tenter de développer empiriquement une typologie pour enfants ayant des CSP. Leur échantillon était composé de 127 enfants de 6 à 12 ans ( $m=8.83$ ), dont 83 garçons, ayant des CSP. Les données ont été recueillies à l'aide d'une entrevue individuelle de 2 heures et de la passation d'une batterie d'observations comportementales et d'instruments standardisés à l'enfant et à son répondant principal. À partir de concepts théoriques, l'existence de trois types distincts d'enfants ayant des CSP est assumée : a) n'ayant pas de désordres, b) fortement traumatisés et maltraités, c) ayant un trouble des conduites et délinquants. À partir de cette hypothèse, les variables suivantes sont sélectionnées pour faire partie de l'analyse de Cluster : a) nombre de personnes qui ont abusé sexuellement ou physiquement de l'enfant, b) âge d'apparition des CSP de l'enfant, c) nombre de victimes des CS de l'enfant, d) nombre d'actes sexuels incluant la pénétration commis par l'enfant, e) niveau d'agression dans les CSP de l'enfant f) sexe de l'enfant, g) score T sur

l'échelle de comportement agressif du CBCL, h) score T sur l'échelle de CSP du CBCL, i) score T sur l'échelle de délinquance du CBCL, j) score au CSBI-3, k) présence ou absence d'un diagnostic de trouble des conduites, l) présence ou absence d'un syndrome de stress post-traumatique, m) présence ou absence d'un trouble oppositionnel, n) nombre total de diagnostics psychiatriques. Les résultats font ressortir une typologie à cinq types : (a) sexuellement agressif, (b) non symptomatique, (c) fortement traumatisé, (d) briseur de règles, (e) réactif à l'agression.

Ensuite, Bonner *et al.* (1999) ont tenté de développer empiriquement une typologie sur un échantillon de 201 enfants de 6 à 12 ans ( $m = 7.8$  ans), dont 126 garçons, ayant été référés pour une évaluation ou un traitement en raison de CSP. Une grande variété de mesures standardisées ont été administrées aux enfants ainsi qu'à leur répondant principal. Ainsi, une analyse de Cluster a été réalisée sur les variables suivantes : a) intelligence générale de l'enfant, b) psychopathologie et adaptation générale de l'enfant, c) comportements sexuels de l'enfant, d) problèmes de comportement et compétences sociales de l'enfant, e) problèmes affectifs de l'enfant, f) concept de soi de l'enfant, g) fonctionnement familial, h) santé psychologique du répondant principal, i) niveau de stress du répondant principal, j) attitude du répondant principal à l'égard de l'enfant, k) variables démographiques. Les résultats ne démontrent aucun groupe stable. Les auteurs décident donc de demander à cinq experts d'évaluer les comportements sexuels rapportés lors de la référence à l'aide de deux échelles de type likert en 7 points, l'une mesurant le degré de sévérité de l'acte sexuel et l'autre mesurant le degré d'agressivité associé à cet acte. Toutefois, la tentative de définir des groupes distincts à l'aide d'une analyse de cluster incluant ces deux nouvelles variables échoue également. En examinant le contenu des référence de départ, les chercheurs stipulent néanmoins que les enfants peuvent être classifiés en trois groupes : a) enfants sexuellement inappropriés : comportements sexuels inappropriés mais pas de contact avec une autre personne, b) enfants sexuellement intrusifs : contacts sexuels inappropriés avec une autre personne mais de façon

brève c) enfants sexuellement agressifs : contacts significatifs et prolongés, résultant en un acte sexuel complet.

Finalement, Hall *et al.* (2002) avaient pour objectif de développer de façon empirique une typologie portant sur les enfants agressés sexuellement qui présentent des CSP. Leur échantillon est composé de 100 enfants abusés sexuellement de 3 à 7 ans ( $m = 59$  mois), dont 37 garçons, ayant terminé un programme de thérapie pour enfants abusés sexuellement. Les chercheurs se servent d'une grille de cotation maison pour recueillir systématiquement des données à partir des dossiers cliniques des enfants. Cet instrument comprend 357 items pouvant être regroupés dans les 12 catégories suivantes : 1- facteurs biologiques de l'enfant, 2- histoire d'attachement et de séparation, 3- histoire de mauvais traitements chez l'enfant, 4- expérience d'agression sexuelle chez l'enfant, 5- comportements de l'enfant, 6- comportements sexuels de l'enfant, 7- histoire et fonctionnement du répondant, 8- capacité parentale et relation parent-enfant, 9-fonctionnement familial, 10-« environnement sexuel » familial, 11- stabilité et qualité du milieu de vie, 12- implication dans le traitement et effet du traitement. À partir de l'évaluation du contenu des rapports cliniques et de l'évaluation de départ, les enfants sont d'abord catégorisés en trois groupes primaires identifiés selon la littérature existante : a) comportements sexuels développés normalement, b) CSP orientés vers soi-même, c) CSP impliquant une autre personne. Puisque des analyses descriptives et des croisements de variables font ressortir l'hétérogénéité du troisième groupe primaire, les chercheurs entreprennent une analyse de cluster sur ce groupe. L'analyse fait ressortir trois clusters stables. À la suite d'une comparaison des groupes 1, 2 et des trois clusters sur 40 variables, les chercheurs identifient une typologie à cinq types, s'étendant sur un continuum allant de moins problématique à plus problématique : (a) comportements sexuels développés normalement : aucun CSP interpersonnel ou orienté vers soi-même, (b) comportements sexuels interpersonnels non planifiés : CSP interpersonnels, spontanés, épisodiques et non chroniques, (c) comportements sexuels orientés vers soi-même : masturbation fréquente et compulsive ainsi que préoccupation sexuelle mais peu de geste à

caractère sexuel et aucun CSP interpersonnel, (d) comportements sexuels interpersonnels planifiés : CSP interpersonnel incluant des actes sexuels adultes intensifs qui sont planifiés mais non coercitifs, (e) comportements sexuels interpersonnels coercitifs et planifiés : présence de coercition et de planification dans les comportements sexuels interpersonnels de type adulte, qui sont résistants à la mise en place de limite. Haut niveau de masturbation problématique, de préoccupations sexuelles et de gestes à caractère sexuels.

#### 4. DISCUSSION DES RÉSULTATS ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Premièrement, force est de constater que les CSP des enfants restent, à ce jour, peu étudiés. Ainsi, des 15 études s'étant attardées aux facteurs associés à cette problématique, seulement cinq ont utilisé un devis comparatif. La force des liens s'en voit donc limitée. De plus, aucune étude n'a analysé ces facteurs de façon longitudinale, éliminant donc la possibilité de parler de facteurs de risques. L'absence d'une définition universelle des CSP limite également l'interprétation des résultats. En effet, cette absence de consensus amène les études à utiliser des méthodes très diversifiées pour identifier les enfants ayant des CSP. Par exemple, pour Langstrom *et al.* (2002), un enfant pour lequel son répondant cote « parfois vrai » à l'item « se masturbe en public » du CBCL doit être identifié comme ayant des CSP. Or, selon Burton (1996), un enfant ayant des CSP est un enfant ayant été agressif sexuellement envers un autre enfant. De surcroît, certaines études mesurent la présence de CSP alors que d'autres mesurent plutôt la fréquence de comportements sexuels. Conséquemment, peut-on vraiment comparer les résultats d'études ayant des définitions si peu semblables de la même problématique? Quoi qu'il en soit, une prudence dans l'interprétation des résultats est certes de mise.

Malgré les divergences dans les méthodes d'évaluation des CSP des enfants, certains grands constats ressortent. Ainsi, les facteurs associés à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels sont très diversifiés et touchent plusieurs sphères de la vie d'un enfant. La présence d'une histoire de victimisation sexuelle est sans contredit un des facteurs les plus déterminants. En effet, presque toutes les études s'entendent pour dire que la présence de ce facteur



est associée à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels (Bonner *et al.* 1999 ; Burton, 1996 ; Burton *et al.* 1997 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Hall *et al.* 2002 ; Mian *et al.* 1996). Ces résultats sont d'ailleurs soutenus par le modèle théorique de Rasmussen *et al.* (1992), qui stipule qu'un des cinq précurseurs au développement de CSP est une expérience traumatisante à caractère sexuel. Ainsi, selon ces auteurs, avant de développer des CSP, un enfant doit avoir été exposé à de tels comportements. Cette conscience sexuelle précoce, jumelée à un sentiment de colère associé à l'expérience d'agression physique et/ou émotionnelle, peut mener un enfant à commettre une agression. Les autres variables relatives à l'histoire de vie des enfants ont toutefois été relativement peu étudiées et les résultats sont mitigés.

De plus, les auteurs se sont grandement intéressés aux variables personnelles des enfants. Ainsi, un facteur ayant été très étudié et pour lequel les résultats sont presque unanimes est la présence d'autres troubles de comportements. La majorité des études s'entendent effectivement pour dire que la présence de troubles du comportement est fortement corrélée avec la présence de CSP ou avec une fréquence plus élevée de comportements sexuels (Bonner *et al.* 1999 ; Burton 1996 ; Chromy, 2003 ; Cosentino *et al.* 1995 ; Drach *et al.* 2001 ; Friedrich *et al.* 1992 ; Friedrich *et al.* 2001 ; Hall *et al.* 1998, 2002 ; Langstrom *et al.* 2002 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999 ; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000). Ces résultats vont encore une fois de pair avec le modèle théorique de Rasmussen *et al.* (1992). En effet, selon ce modèle, l'impulsivité est perçue comme un autre précurseur au développement de CSP. Ainsi, ces auteurs rapportent que les enfants ayant des CSP semblent avoir davantage de difficulté à contrôler leurs impulsions que leurs pairs, et ce, tant dans des contextes sexuels que non sexuels. Par exemple, les auteurs rapportent que dans leur expérience, les enfants ayant des CSP avaient souvent des problèmes avec le vol. De surcroît, selon Rasmussen *et al.* (1992), le développement de CSP pourrait également être dû à un manque de reconnaissance de la responsabilité de ses actes, tant sexuels que non sexuels. Les enfants qui acceptent la responsabilité de leurs actes ont plus de chance de

considérer les sentiments d'autrui et, conséquemment, de ne pas s'engager dans des agressions sexuelles répétées. Il s'avère alors important de se demander si l'impulsivité et le manque de reconnaissance de la responsabilité de ces actes peuvent expliquer en grande partie le lien entre les troubles du comportement et les CSP. Ensuite, le sexe (Bonner *et al.* 1999; Burton *et al.* 1997; Chromy, 2003; Gray *et al.* 1997; Friedrich *et al.* 2001; Hall *et al.* 1998, 2002; Langstrom *et al.* 2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000) et l'âge (Bonner *et al.* 1999; Burton, 1996; Burton *et al.* 1997; Chromy, 2003; Friedrich *et al.* 1992; Friedrich *et al.* 2001; Gray *et al.* 1997; Hall *et al.* 1998, 2002; Langstrom *et al.* 2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999; Meyer-Bahlburg *et al.* 2000) des enfants ont également été étudiés par plusieurs auteurs. Toutefois, les résultats sont partagés, rendant difficile l'établissement de conclusion par rapport à ces variables. Les autres variables personnelles (ethnicité, croyances de l'enfant, QI, capacités relationnelles et facteurs biologiques) ont été peu étudiées dans la littérature portant sur les enfants ayant des CSP est les résultats sont parfois contradictoires. Or, selon le modèle théorique de Rasmussen *et al.* (1992), la présence d'habileté sociale inadéquate est perçue comme un autre facteur expliquant le développement de comportements sexuels chez les enfants. Ainsi, les enfants ayant de bonnes habiletés sociales ont moins de risque de développer des CSP puisqu'ils ont habituellement un meilleur réseau social, duquel ils peuvent recevoir un soutien adéquat. Toujours selon ces auteurs, un autre précurseur au développement de CSP est le manque de relations sociales significatives, où les deux personnes impliquées s'engagent dans des interactions mutuelles satisfaisantes. Il pourrait donc s'avérer important de considérer ces facteurs dans les études subséquentes portant sur les CSP des enfants ainsi que dans les contextes cliniques.

Enfin, les auteurs se sont également attardés à l'étude des variables familiales comme facteurs associés à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels. Tout d'abord, les auteurs reconnaissent fortement l'influence des caractéristiques parentales sur la présence de CSP ou sur la fréquence de comportements sexuels (Bonner *et al.* 1999; Burton *et al.* 1997; Gray *et al.* 1997; Hall *et al.* 1998, 2002; Meyer-Bahlburg *et al.* 1999; Meyer-

Bahlburg *et al.* 2000; Mian *et al.* 1996). La grande variabilité des caractéristiques étudiées réduit toutefois la possibilité d'émettre une conclusion valable quant à l'influence d'une caractéristique en particulier. Dans le même ordre d'idée, il est difficile de statuer sur l'influence des caractéristiques familiales puisque, d'une part, la plupart des études ont chacune exploré des caractéristiques différentes, et, d'autre part, certains résultats sont contradictoires (Bonner *et al.* 1999; Burton *et al.* 1997; Chromy, 2003; Friedrich *et al.* 2001; Hall *et al.* 2002; Mian *et al.* 1996). Enfin, la qualité de la relation parent-enfant n'a été que très peu étudiée dans la littérature portant sur les CSP des enfants (Bonner *et al.* 1999; Hall *et al.* 1998, 2002). Or, bien que l'éventail des variables familiales étudiées est large, il semble que, de façon générale, la détresse des parents, un environnement familial inadéquat ainsi qu'une relation parent/enfant détériorée seraient associés à la présence de CSP ou à une fréquence plus élevée de comportements sexuels.

À ce jour, seulement trois études et deux rapports cliniques ont exploré les typologies chez les enfants ayant des CSP (Berliner *et al.* 1986, dans Berliner et Rawlings, 1991; Bonner *et al.* 1999; Hall *et al.* 2002; Johnson et Feldmeth, 1993; Pither *et al.* 1998). Il va de soi que la possibilité d'émettre des conclusions claires et généralisables est très limitée. Toutefois, à l'image des facteurs associés, certains constats peuvent être soulevés. Ainsi, les variables servant à classifier les enfants dans des catégories distinctes sont diversifiées et varient d'un auteur à l'autre. Premièrement, Berliner *et al.* (1986, dans Berliner et Rawlings, 1991) établissent leur typologie en fonction des comportements sexuels des enfants seulement. D'un autre côté, Johnson et Feldmeth (1993) tiennent compte à la fois des CSP, de la victimisation sexuelle et des motivations des enfants dans l'établissement de leur typologie. Pithers *et al.* (1998) ont pour leur part été les premiers à tenter de développer une typologie en tenant compte d'une multitude de facteurs, tant personnels, familiaux que relatifs à l'histoire de vie de l'enfant. Dans la même optique, Bonner *et al.* (1999) ont d'abord tenté de classifier les enfants en fonction d'une multitude de facteurs. Devant l'échec de cette tentative, ces auteurs ont toutefois dû développer leur typologie en tenant compte seulement du degré de sévérité et du degré d'agressivité des actes sexuels commis par les

enfants. Cette étude doit d'ailleurs être considérée davantage comme un rapport clinique puisque les résultats finaux sont issus de jugements cliniques et non de tests statistiques. Enfin, Hall *et al.* (2002) vont dans le même sens que Pither *et al.* (1998) en explorant des variables relatives à plusieurs sphères de la vie des enfants. Ces deux auteurs développent d'ailleurs chacun une typologie à cinq types.

Certaines ressemblances peuvent néanmoins être soulevées entre les différentes typologies. D'abord, il peut être intéressant de remarquer que toutes les typologies varient entre trois et cinq groupes et semblent illustrer un certain continuum allant de moins problématique à plus problématique. De plus, certains groupes se ressemblent à travers celles-ci. Ainsi, dans toutes les typologies, au moins un groupe d'enfants se distingue en raison du caractère agressif des actes sexuels ou de l'utilisation de la force pour obtenir la soumission de la victime. Ensuite, trois des cinq typologies font ressortir un groupe d'enfants non symptomatiques ou ayant des comportements sexuels normaux (Hall *et al.* 2002; Johnson et Feldmeth, 1993; Pither *et al.* 1998). Enfin, à l'image du modèle théorique de Rasmussen *et al.* (1992), Johnson et Feldmeth (1993) et Pither *et al.* (1998) font ressortir un groupe d'enfants qui développeraient des CSP en réaction à leur propre histoire d'agressions sexuelles.

Sachant que les facteurs associés à la présence de CSP ou à la fréquence de comportements sexuels sont très diversifiés et touchent plusieurs sphères de la vie des enfants, l'établissement d'une typologie se basant uniquement sur les caractéristiques des CSP semble incomplète et non représentative de la réalité. Or, jusqu'à ce jour, seulement deux études (Hall *et al.* 2002; Pither *et al.* 1998) ont réussi à établir une typologie d'enfants ayant des CSP qui tient compte de la multiplicité des facteurs associés à cette problématique, dont une s'appliquant seulement aux enfants ayant une histoire de victimisation sexuelle (Hall *et al.* 2002). De plus, aucune étude de la sorte n'a été entreprise au Québec. Pourtant, l'établissement d'une telle typologie pourrait s'avérer importante du point de vue clinique, permettant de développer des interventions adaptées à la réalité et aux

besoins particuliers de ces enfants (Burton, 1996; Friedrich *et al.* 2001; Hall *et al.* 1998; Langstrom *et al.* 2002; Pithers *et al.* 1998).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achenbach, T. M. (1991). *The Child Behavior Checklist*. Vermont: University of Vermont.
- Ajari, S. K. (1997). *Sexually aggressive children: Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage publication, inc.
- Berliner, L. et Rawlings, L. (1991). *A treatment manual : Children with sexual behavior problems*. Washington, DC: The Office of Crime Victim Advocacy, Department of Community Development.
- Bernstein, D. P. et Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bonner, B. L., Walker, C. E. et Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. (Rap. final.), Washington, DC: Administration of Children, Youth and Families, Department of Health and Human Services.
- Burton, D. L. (1996). *Cognitive factors in sexually aggressive children*. Dissertation in School of Social Work, University of Washington, DC.
- Burton, D. L., Nesmith, A. A. et Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21, 157-170.
- Cantwell, H. B. (1988). Child sexual abuse: Very young perpetrators. *Child Abuse & Neglect*, 12, 579-582.
- Chromy, S.J. (2003). *Indicators and predictors of sexual behavior problems in sexually abused children: Psychological, behavioral and victimization characteristics*. Dissertation in the Department of Child, Family and Community Sciences, College of Education, University of Central Florida, FL.
- Cosentino, C.E., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L. et Gaines, R. (1995). Sexual Behavior Problems and Psychopathology Symptoms in Sexually Abused Girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34 (8), 1033-1042.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W.W. Norton & Co.
- Dey, C. et Print, B. (1998). Young children who exhibit sexually abusive behaviour. In A. Banister (Ed.), *From hearing to healing: Working with the aftermath of child sexual abuse*, (2e ed.), 118-141. Harlow: Longman.

- Drach, K.M., Wientzen, J. et Ricci, L.R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25 (4), 489-503.
- Gagnon, M. (2003). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : étude exploratoire*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal, Québec.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. et Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Everson, M., Hunter, W. N., Runyon, D. K., Edelson, M. D. et Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197-207.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S. et Lang, R. (1992). Child sexual behavior inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Friedrich, W.N., Fisher, J. L., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L. *et al.* (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Gray, A, Busconi, A, Houchens, P. et Pithers, W.D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 9(4), 267-290.
- Hall, D.K., Mathews, F. et Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behaviour problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22 (10), 1045-1063.
- Hall, D.K., Mathews, F. et Pearce, J. (2002). Sexual behaviour problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*. 26 (3), 289-312.
- Heiman, M., Leiblum, S., Cohen Esquilin, S. et Melendez Pallitto, L. (1998). A comparative survey of beliefs about «normal» childhood sexual behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 289-304.
- Johnson, T.C. et Aoki, W.T. (1993). Sexual behaviors of latency age children in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 11 (1), 1-22.
- Johnson, T.C. et Feldmeth, J.R. (1993). Sexual behaviors : A continuum. In E. Gil et T.C. Johnson (dir.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (p. 41-52). Rockville, MD : Launch Press.

- Langstrom, N., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children : A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 343-350.
- Larsson, I. et Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' report on 3- to 6-year-old children's sexual behaviour: A comparison. *Child Abuse and Neglect*, 26 (4), 247-266.
- McClellan, J., McCury, C., Ronnei, M., Adams, J., Storck, M., Eisner, A. et Smith, M. (1997). Relationship between sexual abuse, gender, and sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 959-965.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Wasserman, G.A. et Jaramillo, B. M. (1999). Prepubertal boys' sexual behavior and behavior problems. *AIDS Education and Prevention*, 11 (2), 174-186.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C. et Sandberg, D.E. (2000). The association of sexual behavior with externalizing behaviors in a community sample of prepubertal children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(1-2), 61-79.
- Mian, M., Marton, P. et LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3-5 year old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20, 731-745.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H. et Joly, J. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke, Canada : Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Malreatment*, 3(4), 384-406.
- Rasmussen, L.A., Burton, J. et Christopherson, B.J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1(1), 33-48.
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48.



**ANNEXE D**  
**NORMES DE SOUMISSION**

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

**Mandate.** The Canadian Journal of Behavioural Science normally publishes original, empirical contributions in the following areas of psychology: abnormal, behavioural, community, counselling, educational, environmental, developmental, health, industrial-organizational, clinical neuropsychological, personality, psychometrics, and social. A limited amount of space is also available in the journal for brief reports with theoretical and practical implications. The Brief Reports section can also be used for psychometric reports and to disseminate Canadian norms or forms for standardized tests.

**Formats.** All manuscripts should be prepared for a diverse audience, should be written in French or English using non-sexist language, and should follow the style described in the Publication Manual of the American Psychological Association, 5th edition, 2001 (double-spaced throughout, 2.54cm margins on all sides, 12-point font). Brief Reports will be no longer than five journal pages, so a Brief Report manuscript would not normally exceed 2500 words in text and would have no more than one table or figure. Authors of a Brief Report must state that a fuller report will be provided upon request. A digital copy of the manuscript should accompany paper copies submitted to the editor.

**Conditions.** Authors are encouraged to submit manuscripts electronically. The preferred format is an Adobe PDF file included as an email attachment, although other formats are possible. Paper submissions should be in quadruplicate. If authors wish their papers to be reviewed blind, three of the four paper copies (or an additional electronic version) should have information identifying the authors and their affiliations removed. For paper submissions, an email message should be sent listing the title of the manuscript, the authors, and the abstract. Each submission should be accompanied by a cover letter stating: a) that the manuscript is not and will not be under concurrent consideration by another publication; b) that all co-authors have read and approved of the submission; and c) that the treatment of participants complies with relevant ethical standards.

**Addresses.** In addition to postal addresses and phone numbers, the corresponding author should supply an e-mail address for editorial correspondence. All English manuscripts should be sent in quadruplicate (along with the digital copy), with three copies bearing no author identification to facilitate blind review, to:

**Greg Irving, Ph.D.**  
**Professor, Management & Organizational Behaviour School of Business &  
Economics**  
**Wilfrid Laurier University**  
**75 University Avenue West**  
**Waterloo, Ontario N2L 3C5**

**ANNEXE E**  
**PREUVE DE SOUMISSION**